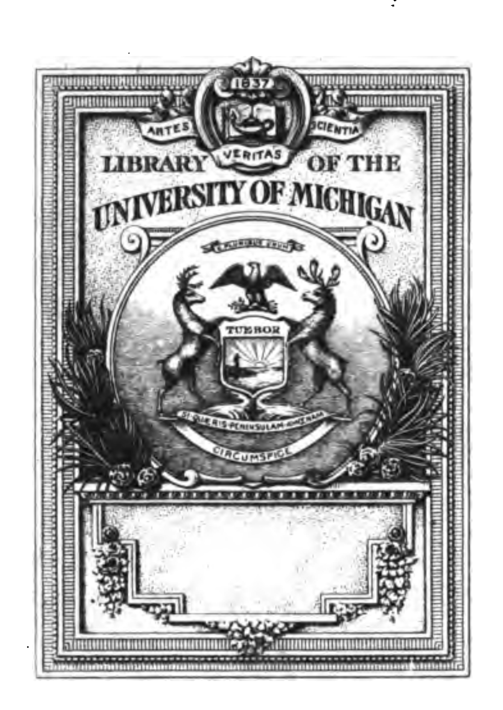
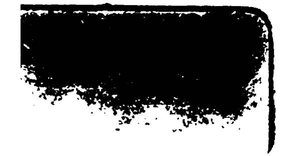

A 3 9015 00378 970 1
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
CIRCUMSPICE



ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

II.

Conditions de l'abonnement :

Les *Annales de la chirurgie française et étrangère* seront publiées tous les premiers du mois, à partir de Janvier 1841, par cahier de huit feuilles in-8° (128 pages), caractère philosophie pour les mémoires, et petit-texte pour les Variétés et la Bibliographie.

Prix de l'abonnement par an, à Paris : 20 *fr.*
Franc de port, pour les départemens : 24 *fr.*

ON S'ABONNE CHEZ LES LIBRAIRES SUIVANS, *à :*

Amsterdam, Van Bakkenes, Caraalsen.
Besançon, Bintot.
Berlin, Behr, Hirschwald.
Bordeaux, Ch. Lawalle.
Brest, J. Hébert, Lepontois.
Bruxelles, J.-B. Tircher.
Dublin, Hodges et Smith.
Edimbourg, Maclachlan et Steward.
Florence, G. Piatti, Ricordi et C°.
Genève Cherbulliez et C°.
Leide, Lucthmans, Vander Hoek
Leipzig, L. Michelsen, Brockhaus et Avanarius.
Lyon, Ch. Savy.
Liège, Collardin, J. Desoer.
Lisbonne, Rolland et Semiond.
Marseille, v^e Camoin, v^e Chaix.
Madrid, Denné, Hidalgo et C°.
Milan, Dumolard et fils.
Montpellier, L. Castel, Sevalle.
Moscou, v^e Gautier et fils, Urbain et Renaud.
Nancy, Grimblot, Senef,
Nantes, Buroleau, Forest.
Perpignan, Julia frères.
Pétersbourg, Bellizard et C°, Graeffe, Hauer et C°.
Rochefort, Diguet.
Rouen, E. Frère.
Strasbourg, Dérivaux, v^e Levrault.
Toulon, Bellue, Monge et Villamus.
Toulouse, Lebon, Gimet, Delboy, Senac.
Turin, J. Bocca, Pic.

Imprimé chez PAUL RENOUARD, rue Garancière, 5.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

PUBLIÉES

PAR MM. BÉGIN, MARCHAL (de Calvi), **VELPEAU**
ET VIDAL (de Cassis).

TOME SECOND.

A PARIS,
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17.
A LONDRES CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET,
Et chez les principaux libraires français et étrangers.
1841.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

MÉMOIRE SUR LA RÉDUCTION DES LUXATIONS AU MOYEN DES MOUFLES.

par M. MARCHAL (DE CALVI).

Nous avons assisté, depuis quelques années, à plusieurs réductions de luxations, pratiquées par M. Sédillot, à l'aide de son appareil, et nous avons été tellement satisfait des résultats obtenus, qu'il nous a paru utile de faire connaître les moyens employés par ce professeur.

M. Sédillot a appliqué pour la première fois sa méthode de réduction, en 1832, dans un cas devenu célèbre. Il s'agissait d'une luxation du bras en arrière, datant de plus d'une année. Le malade, M. Gautherot, serrurier mécanicien, avait consulté tous les chirurgiens de Paris, et notamment Dupuytren, qui n'avait pas reconnu la luxation. Cette dernière circonstance exerça, il faut le dire, une influence fâcheuse sur la destinée académique de la méthode de M. Sédillot. En effet, la luxation réduite, cet habile chirurgien en fit le sujet d'un mémoire qu'il lut à l'Institut; Dupuytren fut nommé rapporteur de la commission chargée d'examiner ce tra-

vail, et celui-ci resta dans les cartons de l'illustre académicien.

Là ne devaient pas se borner les vicissitudes académiques de M. Sédillot. Deux nouveaux mémoires lus par lui, l'un à l'institut, l'autre à l'académie royale de médecine, n'obtinrent pas non plus de rapport. Elève du Val de Grâce, où nous avons suivi pendant trois ans les leçons de M. Sédillot, c'est là que nous avons puisé ces renseignemens. Si nous les reproduisons aujourd'hui, ce n'est pas certainement dans un intérêt individuel. Il y a des cas dans lesquels l'intérêt d'une seule personne se confond avec l'intérêt général. Il importe, en effet, à tous ceux qui s'adressent aux académies, que le jugement qu'ils recherchent ne leur fasse pas défaut. Sans doute, les mémoires lus ou adressés sont nombreux, et le temps des savans auxquels échoit la tâche de les examiner est précieux. Mais, d'une part, il suffit de quelques mots pour rendre compte des travaux médiocres, de sorte qu'il peut rester assez de temps pour apprécier ceux qui ont de l'importance, et, de l'autre, l'honneur de siéger dans une académie entraîne, comme nécessaire conséquence, l'obligation d'expédier assidument les affaires de la science. Aujourd'hui il n'y a plus d'honneurs qui n'impliquent des devoirs. Nous espérons que le lecteur nous pardonnera cette digression, et que l'on voudra bien y voir, non pas l'expression d'un blâme, car nous faisons profession de respect pour toute autorité, scientifique ou autre, mais le désir d'une parfaite administration de la justice académique.

Avant les travaux de M. Sédillot, l'opinion générale, en France du moins, attachait aux machines de réduction des luxations une idée de violence, de laquelle découlait nécessairement la crainte d'accidens majeurs. Aujourd'hui il nous

semble prouvé que les moufles, tels que les emploie M. Sédillot, sont, au contraire, les moyens de réduction les plus doux, les plus réguliers et les moins dangereux que l'on puisse mettre en usage.

Nous ne parlons ici, bien entendu, que des cas dans lesquels les mains seules appliquées au membre luxé, n'ont pu le remettre en place. C'est là, en effet, la première indication, la première tentative à faire ; il faut d'abord essayer les moyens les plus simples. S'ils ne réussissent pas, le chirurgien a le choix entre l'appareil de M. Sédillot et la méthode ordinaire de réduction. En quoi consiste cette dernière? On applique un lacq extensif au membre déplacé, et l'on confie ce lacq à un nombre plus ou moins considérable d'aides. Il n'est personne de nous qui n'ait vu, dans nos hôpitaux, réduire ainsi des luxations avec le concours de six et quelquefois de huit personnes. Cette pratique a de notables inconvéniens. Quels sont-ils? Le premier consiste en ce que les aides ne peuvent pas tirer avec une force uniforme pendant toute la durée de la réduction. Ils se fatiguent, et bientôt, après des tractions puissantes, ils n'exercent plus que des efforts médiocres ou même presque nuls, jusqu'à ce qu'avertis par le chirurgien qui les dirige, ils tirent de nouveau avec leur première énergie. De là des saccades violentes, au moyen desquelles il arrive bien quelquefois que l'on surmonte la résistance des muscles, mais qui, le plus souvent (outre les accidens qu'elles peuvent produire et dont il va être question), y ajoutent, au contraire, et rendent toute réduction impossible, en déterminant la subite contraction de ces organes.

Le second inconvénient de la réduction au moyen des aides est que la force employée peut et doit s'élever à un de-

gré dangereux. En effet, d'après une évaluation de M. Sédillot, chaque aide peut tirer, non pas d'une manière continue (puisque nous avons vu que cela est impossible, et que l'aide le plus vigoureux ne pourrait exercer une traction uniformément énergique seulement pendant quelques minutes), mais subitement, avec une force égale à 150 kilogrammes. Diminuons un tiers de cette force pour ne pas être taxé d'exagération, il restera admis que la traction de chaque aide peut s'élever à 100 kil.; supposons maintenant, non pas qu'il y ait huit aides, mais six seulement, nous aurons, à un moment donné, au signal du chirurgien qui préside à la manœuvre, une traction égale à 600 kil. Or, une force de 1200 livres est vraiment considérable, effrayante même, et l'on conçoit parfaitement que, par cette méthode de réduction, les muscles de l'épaule, de la cuisse ou du coude aient pu être arrachés, que la peau ait été dilacérée, que les nerfs du plexus brachial aient été détachés de la moelle épinière, enfin, qu'à proprement parler des malades aient été tués dans l'espace de quelques minutes. Voilà comment le principal reproche qui ait été adressé aux machines de réduction des luxations, celui de déployer une force capable de déterminer de très graves accidens, retombe en entier sur la méthode de réduction au moyen des aides. L'emploi des appareils le mérite-t-il véritablement ? C'est ce que nous verrons plus loin.

Un troisième inconvénient est celui de mettre en usage une force que l'on ne peut ni graduer, ni connaître exactement, de sorte que l'on agit en aveugle.

Enfin, un dernier inconvénient consiste dans le nombre même des aides que l'on est obligé d'employer. D'abord il faut avoir ces aides, ce qui, à la vérité, n'est pas difficile or-

dinairement ; ensuite, il faut leur trouver une place assez vaste pour qu'ils puissent agir commodément. Le nombre des aides n'est sans doute pas un inconvénient très grave, et nous sommes loin de le donner comme tel ; mais il mérite d'être pris en considération.

Voyons maintenant si l'emploi des machines ou appareils spéciaux de réduction des luxations offre des inconvéniens comparables à ceux qui viennent d'être énumérés. D'abord, il est bien évident que les machines ne se fatiguent pas, d'où il suit qu'elles peuvent agir avec une force régulièrement progressive ou persistante, par conséquent, sans produire de saccades. Les muscles ne sont pas *surpris*, ils sont *fatigués*, et se rendent par lassitude. Nous aurons à revenir sur cette importante différence. Dans ce que nous disons des machines, nous avons particulièrement en vue les moufles.

Un autre inconvénient que nous ne retrouvons pas dans les machines est celui que nous avons vu consister dans la multiplicité des aides.

Nous devons, à présent, nous demander si les machines sont capables, comme on l'a dit, de développer une force excessive, et si, avec elles, on agit en aveugle, c'est-à-dire dans l'ignorance du degré de puissance que l'on emploie. La réponse varie suivant que nous examinons la question dans ses termes actuels, ou que nous reculons de quelques années. Dans ce dernier cas, elle est affirmative. Avant que M. Sedillot se fût occupé de ce sujet, rien n'indiquait le degré de la force mise en action, et cette force pouvait s'élever d'une manière indéterminée, jusqu'au point de produire des accidens. Faisons remarquer, que ces deux inconvéniens, celui qui consiste dans l'ignorance de la force employée, et celui qui consiste dans l'excès possible et dangereux de

cette force, se lient intimement, et se confondent; en effet, dès que l'on ignore le degré de puissance que l'on applique, cette puissance peut dépasser les bornes. Ainsi, au point de vue rétrospectif, il est vrai que les machines sont des forces aveugles et capables d'aller au-delà du but.

Mais si nous prenons la question dans l'état où elle se trouve aujourd'hui, la réponse change, et devient tout-à-fait favorable à l'emploi des machines. A quoi cela tient-il? Comment, dans l'espace de quelques années, la question s'est-elle ainsi modifiée? Cela tient à une addition fort importante qui a été faite aux appareils. La question s'est ainsi modifiée depuis que M. Sédillot a adapté le dynamomètre aux moufles. Guidé par ce précieux instrument, le chirurgien sait toujours quel est le degré de force auquel il est parvenu, et peut, à volonté, augmenter la puissance des tractions, ou les maintenir au même point pendant un temps plus ou moins long.

Nous avons déjà dit qu'au moyen des moufles on cherchait, non pas à éviter, à éluder la résistance des muscles, non pas à triompher d'eux par une sorte de surprise et de violence, mais à les lasser, et à les vaincre ainsi par lassitude.

Nous ne prétendons pas qu'au moyen des moufles et du dynamomètre, on ne puisse agir autrement que par des tractions lentes, et régulièrement progressives; ce serait une grave erreur. Avec les moufles et le dynamomètre, comme avec les aides, on peut s'élever tout-à-coup d'une force médiocre à une puissance extrême, et procéder brusquement. Cela dépend de l'opérateur. Nous voulons dire seulement qu'au moyen des moufles et du dynamomètre les tractions maintenues, et les tractions régulièrement pro-

gressives sont possibles, tandis qu'elles ne le sont pas quand on réduit au moyen des lacqs confiés à des aides. C'est seulement depuis l'adaptation du dynamomètre aux moufles, que l'on est bien sûr de pouvoir maintenir les tractions au même degré pendant un certain temps, ou d'en augmenter la force par une progression régulière. En effet, quand on se sert des moufles eux-mêmes, on voit souvent l'aiguille du dynamomètre descendre, ce qui indique que la force des tractions diminue, alors même que l'aide qui tient le bout de la corde ne cesse de la maintenir de manière à empêcher le moufle de se relâcher; d'un autre côté, il arrive souvent que l'on tire sur la corde et que l'on croit ainsi augmenter la force des tractions, tandis que le dynamomètre montre que la force reste stationnaire; ce déchet, dans un cas, et, dans l'autre, l'inefficacité de la traction, s'expliquent, soit parce que la contre-extension cède, soit par un autre motif. Nous reprendrons cette question. Toujours est-il que, sans le dynamomètre, on ne peut savoir au juste si la traction est réellement maintenue dans un cas, et augmentée dans l'autre. Il suit de là que l'adaptation du dynamomètre aux moufles a donné à ces appareils la plénitude de leurs avantages sur la réduction au moyen des aides.

Le principe fondamental de M. Sédillot, celui qu'il s'attache surtout à mettre en relief, c'est que l'on doit agir plutôt par tractions maintenues que par tractions énergiques; cela revient à dire qu'il faut fatiguer les muscles. Quand on veut bien faire comprendre un point de doctrine important, craindre de tomber dans quelques répétitions serait chose puérile. Que le lecteur réfléchisse bien au principe qui vient d'être posé touchant le maintien des tractions; il est essentiel. M. Sédillot professe que, grâce à ce principe, il suf-

fira toujours d'une force de 150 à 175 kilogrammes pour réduire une luxation.

Nous ne terminerons pas sur ce point, sans présenter quelques remarques au sujet de la manière dont les moufles ont été jugés dans le dernier ouvrage où la question ait été envisagée : *le Traité de pathologie externe et de médecine opératoire* de M. Vidal. Ces remarques, d'ailleurs, prouveront que si les rédacteurs de ce journal sont unis par un même amour du bien de la science, et par les mêmes idées sur la moralité de l'art, ils n'en gardent pas moins vis-à-vis l'un de l'autre une complète indépéndance. D'un autre côté, l'examen auquel nous allons nous livrer est justifié par l'importance même de l'ouvrage de M. Vidal, si favorablement accueilli par les chirurgiens, et destiné à guider dans l'étude de notre art la génération médicale qui s'élève. « M. Sédillot dit expressément qu'il ne conseille le moufle que dans les cas de réduction difficile, *lorsqu'il faut employer beaucoup de force.* » Ces derniers mots sont soulignés par M. Vidal, avec l'intention manifeste d'appeler l'attention du lecteur sur la force excessive que l'on peut mettre en usage au moyen des moufles. Mais nous avons vu plus haut que M. Sédillot ne s'élève jamais à une force au-dessus de 150 ou 175 kilogrammes, tandis que la force à laquelle peuvent être portées les tractions, quand on se sert des lacqs, est triple ou même quadruple.

« Quant à moi, je pense, continue M. Vidal, que les reproches adressés au moufle ne sont pas tous justes; je pense qu'entre des mains prudentes et avec le dynamomètre, il sera moins dangereux; mais comme avec lui le chirurgien possède une puissance à laquelle rien, pour ainsi dire, ne pourra résister, il se livrera à des entreprises hardies, dangereuses

pour le malade, et qui peuvent compromettre notre art. »

Mais on ne peut pas juger d'un moyen par le plus ou moins de prudence avec lequel il sera employé. Les moyens ne répondent pas du chirurgien. Il y a dans la pharmaceutique une foule de substances qui, mal administrées, peuvent occasioner les accidens les plus graves et la mort; il ne s'ensuit pas qu'il faille les rejeter du domaine de la matière médicale. L'homme de l'art doit être instruit et prudent; il ne faut pas plus supposer qu'il peut abuser des moufles que l'on ne doit supposer qu'il administrera un gramme au lieu d'un grain d'extrait gommeux d'opium. Il pourrait certainement arracher les muscles de son malade, et, pour ainsi dire, l'estrapader, comme il pourrait l'empoisonner; mais on ne serait pas plus fondé, dans un cas, à accuser le moufle, que l'on ne serait fondé, dans l'autre, à accuser le narcotique. Ayant le dynamomètre sous les yeux, le chirurgien sait toujours quel est le degré de force qu'il emploie; c'est à lui de modérer les tractions, quand elles peuvent excéder les limites raisonnables. S'il ne s'arrête pas, c'est qu'il est téméraire ou ignorant; et, dans les deux cas, c'est lui, non le moyen employé, qui doit porter la peine du résultat produit, si le résultat est fâcheux. Ainsi il ne faut pas dire seulement, par une concession qui n'en est pas une, que le moufle, avec l'addition du dynamomètre, est *moins dangereux;* il faut dire qu'il n'est pas dangereux, puisque le danger qui peut y être attaché est tout-à-fait dépendant du chirurgien. Quant à l'assertion d'après laquelle les moufles auraient une force à laquelle rien, pour ainsi dire, ne pourrait résister, elle est en contradiction avec ce fait que des luxations elles-mêmes ont pu y résister, les moufles ayant été impuissans à les réduire. Au reste, M. Vidal s'était fait sans doute quelques-unes de ces observations,

car il ajoute : « Je sais bien qu'avec ce principe on pourrait aller jusqu'à conseiller le désarmement de la chirurgie ; car avec un bistouri un chirurgien imprudent peut faire beaucoup plus de mal qu'avec des moufles. Mais en ne forçant pas les conséquences (en bonne logique, cependant, on ne peut savoir qu'un principe est inexact qu'en le poussant jusqu'à ses dernières conséquences), on verra qu'il n'est pas toujours prudent d'introduire dans la pratique de la chirurgie des machines qui peuvent être dangereuses, et qui, pour tout résultat, ne guérissent qu'une difformité. » Ici nous sommes encore obligé de protester sérieusement. Une luxation ancienne n'est pas seulement une difformité ; une lésion qui entraîne, sinon la perte, du moins la diminution notable des mouvemens d'un membre; une lésion qui détermine à la longue l'atrophie de toute une extrémité; une lésion qui peut mettre un ouvrier dans l'impossibilité de gagner sa vie, n'est pas, certes, une simple difformité; elle est une infirmité, et une infirmité grave, déplorable, à laquelle le chirurgien est forcé par humanité de chercher à porter remède.

M. Vidal termine en citant un cas dans lequel un malade est mort sous les tractions des aides ; mais, ajoute-t-il aussitôt, « mettez des moufles à la disposition des chirurgiens qui ont commis ces excès, et vous verrez ce qui arrivera. » Peut-être trouvera-t-on que nous mettons beaucoup d'insistance dans cette discussion, mais nous pensons que tout ce qui vient d'un homme sérieux mérite d'être examiné attentivement, et s'il y a lieu, récusé avec détails. Il nous semble donc inexact de dire que le chirurgien à qui il sera arrivé une catastrophe en réduisant avec les aides, y sera tout autant, peut-être même plus exposé, quand il mettra en usage les moufles et le dynamomètre. Dans le premier cas, il appli-

quait à un membre une force aveugle, capable de s'élever à un degré extrême; dans le second, il emploiera une force dont il pourra à chaque minute apprécier le degré sur le cadran du dynamomètre. Dans le premier cas, un malheur pourra arriver à son insu; dans le second, pour que le malheur arrive, il faudra que le chirurgien le veuille.

On se trompe souvent quand on veut engager l'avenir. Sans doute pour trouver qu'un moyen est défectueux, il ne faut pas attendre qu'il ait produit les résultats fâcheux qu'il était aisé de prévoir. La mission de l'écrivain, qu'il soit didactique ou critique, est, quand l'occasion s'en présente, de se prononcer d'avance, et de dire à ceux auxquels il s'adresse: vous n'emploierez pas tel moyen, attendu qu'évidemment il produirait de mauvais effets. Mais pour s'exprimer ainsi, il faut qu'il parle au nom de l'évidence; il faut que le moyen dont il s'agit n'ait pas le succès en sa faveur, ou qu'ayant réussi dans quelques cas, il ait déterminé des accidens dans quelques autres. Hors de ces conditions nul n'est autorisé à s'armer de l'avenir contre lui.

Nous venons de dire implicitement que l'emploi des moufles n'avait jamais été suivi d'accidens.

On nous répondra peut-être par le fait qui a été rapporté dans ce journal même par M. Deville (1), et dans lequel on voit qu'un homme atteint d'une luxation du coude, soumis à l'action du moufle, eut un érysipèle phlegmoneux qui débuta par l'aisselle et le fit mourir. Mais d'abord, dans ce cas, l'application du moufle n'avait pas été aussi régulière que cela eût été désirable; par exemple, le bracelet, qui n'était pas fait pour le malade, était trop large. Ensuite, les tractions n'avaient pas excédé cinquante kilogrammes, et chacun trou-

(1) T. 1, pag. 297.

vera que c'était là une force bien minime qu'un seul aide eût dépassée sûrement en tirant sur l'avant-bras; enfin, le rapport étiologique entre des tractions effectuées sur le poignet et un érysipèle débutant par l'aisselle, paraîtra vague et incertain à tout le monde. Comment les moufles peuvent-ils déterminer des accidens? Ce ne peut être que par la puissance excessive qu'ils seraient capables de mettre en œuvre. Mais alors des accidens dépendans d'une telle cause seraient d'une nature particulière; ce seraient des déchirures de muscles, de nerfs, de vaisseaux; et, d'un autre côté, ils seraient instantanés. Au lieu de cela, que voyons-nous dans le fait en question? un érysipèle qui se développe quelques jours après les tentatives. Ainsi, on ne peut rien inférer contre l'emploi des moufles du cas auquel nous venons de donner sa véritable signification.

Après ces considérations générales, nous allons décrire l'appareil de M. Sédillot.

On commence par entourer le membre luxé (nous supposons que c'est la cuisse) d'une bande de flanelle, afin de prévenir son engorgement par suite de la compression qui devra être exercée sur un point de sa longueur.

Les moyens dont on se sert ordinairement pour pratiquer l'extension, sont des serviettes ou des draps pliés en long, dont le plein est noué autour du membre, et dont les extrémités sont tenues par des aides. On ne peut guère, quand on emploie ce moyen, de quelques précautions que l'on use, éviter les tiraillemens douloureux, la contusion et les excoriations de la peau.

M. Sédillot, au lieu de lacqs, fait usage d'un bracelet (1)

(1) Nous appellerons *bracelet* cette pièce d'appareil sur quelque partie du corps qu'elle doive être appliquée.

adapté à la forme et au volume du membre, garni en dedans de peau de daim, et recouvert extérieurement d'un cuir très épais. Ce bracelet est fixé à l'aide de courroies reçues dans un nombre égal de boucles, et présente, sur les côtés, deux anneaux d'acier auxquels vient se fixer une corde à laquelle est attaché le dynamomètre.

Lorsque le bracelet doit être placé à la partie inférieure de la cuisse, il offre, en arrière, une échancrure destinée à recevoir le haut de la jambe; celle-ci, en effet, doit être fléchie, et cela dans un double but : pour que, d'une part, le plus grand nombre des muscles de la cuisse soient relâchés, et, de l'autre, pour que, lorsque le chirurgien voudra imprimer des mouvemens au membre, il ait entre les mains un levier disposé le plus favorablement possible. Si rien ne fixait la partie dans la flexion, celle-ci ne se maintiendrait pas; aussi nous ne devons pas omettre de dire que la jambe est maintenue fléchie au moyen de quelques tours de la bande de flanelle dont tout le membre est entouré.

Ce que nous venons de dire de la cuisse peut être aisément appliqué au membre supérieur. S'il s'agissait de placer le bracelet à la partie inférieure du bras, l'échancrure devrait se trouver en avant, et non en arrière.

Il y a un point sur lequel nous devons spécialement insister, c'est que, non-seulement le bracelet doit être fixé à l'aide de ses attaches naturelles, si l'on peut ainsi parler, les boucles et les courroies; mais encore qu'il est indispensable de l'attacher fortement à l'aide de ficelles serrées autour de lui. Il faut, selon les expressions de M. Sédillot, que le bracelet fasse corps avec le membre. Sans cela, il glisse, et, au lieu d'agir sur l'os, il agit sur la peau, qu'il entraîne; outre la douleur qui en résulte, l'effort est perdu. Voici

comment nous avons vu M. Sédillot opérer cette constriction. Il se place d'un côté du membre et un aide se place du côté opposé. Une ficelle est jetée autour du bracelet; le chirurgien en saisit une extrémité, l'aide saisit l'autre; ils ont tous deux un morceau cylindrique de bois autour duquel ils roulent, chacun, un bout de la ficelle; dès-lors, il leur est facile de serrer la ficelle avec beaucoup de force. On fait de la même manière autant de tours qu'il est nécessaire autour du bracelet, et on finit par assujettir solidement les bouts de la ficelle. Ce n'est pas sans raison que nous entrons dans d'aussi minutieux détails. C'est là un point fort important; et, disons-le, quoi qu'on fasse, on n'est pas certain que le bracelet tiendra. Plusieurs fois, nous l'avons vu descendre et obliger le chirurgien à interrompre l'opération; ce qui est un inconvénient, car le patient, qui était bien disposé et qui désirait la réduction, fatigué des tentatives déjà faites, peut se refuser à de nouveaux efforts réducteurs; en outre, l'accident peut arriver au moment peut-être où le résultat allait répondre au vœu de l'opérateur. Enfin, une réduction de luxation est toujours une opération certainement assez douloureuse pour que l'on doive redouter tout ce qui peut la prolonger.

Une petite corde ayant à chacune de ses extrémités un crochet, est fixée par le moyen de ces crochets aux deux anneaux d'acier que nous avons vus se trouver sur les côtés du bracelet. Ainsi fixée cette corde forme une anse qui reçoit le crochet du dynamomètre. Celui-ci est attaché, d'une part, au membre, de la manière qui vient d'être indiquée, et, de l'autre, au système des moufles, par le moyen d'un crochet que présente le premier corps de poulies, et qui s'engage dans l'espèce d'ellipse que forme le dynamomètre lui-même. Par

premier corps de poulies ou premier moufle nous entendons celui qui vient s'attacher au membre au moyen du dynamomètre. Le second corps de poulies ou second moufle sera celui qui se fixe au mur, à l'aide aussi d'un crochet qui en fait partie.

Le dynamomètre présente deux aiguilles qui marquent l'une, la force actuelle, l'autre, le maximum de la force employée. La première varie nécessairement, monte ou descend selon que l'on augmente ou que l'on diminue la puissance de traction ; l'autre ne peut que monter, et elle monte quand la force de traction est portée au-dessus du degré le plus élevé qui avait été atteint jusqu'alors ; elle dit positivement, au terme de l'opération, jusqu'à quel point les efforts ont été portés. Des divisions de dix kilogrammes sont gravées sur un cadran que parcourent les aiguilles.

Chacun des moufles se compose de trois ou quatre poulies d'un petit volume, mais cependant assez solides pour résister à une traction d'environ quatre cent cinquante kilogrammes. Un nombre déterminé de cordelettes vont d'un moufle à l'autre; pour mieux dire c'est la même cordelette qui, fixée au moyen d'un nœud terminal dans l'une des poulies, est passée d'une poulie dans l'autre ; l'autre bout est libre, bien entendu, puisque c'est sur lui qu'on doit tirer. On aura soin de le terminer aussi par un nœud ; sans cette précaution, il pourrait s'échapper à travers le moufle, dans lequel il faudrait alors l'engager de nouveau.

Le second moufle est fixé au mur à l'aide de son crochet : pour cela il faut qu'un anneau soit scellé dans la muraille ; à défaut d'anneau on passerait, soit autour de la colonne d'un lit, soit autour du fer d'une fenêtre comme nous avons été obligé de le faire une fois, soit à tout autre objet solide, une

corde fortement nouée en anneau dans laquelle on engagerait le crochet du second moufle.

Il peut arriver que les cordes ne soient pas assez longues et que l'on soit obligé d'interposer une alonge au dynamomètre et au moufle. Il serait trop long de se servir d'une corde, attendu qu'il faudrait faire un nœud auquel il serait indispensable de donner une grande solidité. M. Sédillot se sert alors d'anneaux de corde tout préparés que l'on peut comparer pour la forme à des écheveaux de fil au moment où on les passe autour des bras pour les dévider, avec cette différence qu'ils sont faits d'une seule corde et les écheveaux d'un grand nombre de fils. Ces anneaux sont très solides. En les passant l'un dans l'autre et en tirant, on peut avoir en un clin d'œil une très longue corde. M. Sédillot a aussi fait confectionner un certain nombre de crochets d'acier doubles, c'est-à-dire en S; on conçoit très bien comment un de ces crochets peut unir entre elles deux pièces de l'appareil.

Il est essentiel d'avoir des feuilles de coton, afin de garnir convenablement les parties sur lesquelles doit porter la contre-extension. Il est à-peu-près inutile d'en interposer entre le bracelet et le membre, attendu que celui-ci est déjà recouvert de la bande de flanelle, et qu'en outre le bracelet est très rembourré. Si cependant ce dernier n'entourait pas exactement la partie, il faudrait combler les vides qui pourraient se trouver entre l'un et l'autre, à l'aide de coton.

La contre-extension, quand il s'agit d'opérer sur la cuisse, est extrêmement difficile à pratiquer. Le bassin n'est jamais assez solidement fixé. Le seul moyen que nous ayons vu employer est un lacq formé d'un drap étroitement plié, dont le plein est passé entre les cuisses, de manière à porter sur l'ischion; ses bouts sont croisés, l'un en avant, l'autre en

arrière, et confiés à des aides, ou, ce qui vaut toujours mieux, passés dans un anneau fixé au mur. Ainsi pratiquée, la contre-extension est insuffisante, et, nonobstant l'interposition du coton, fort douloureuse. Il arrive ici ce que nous avons dit qu'il arrive quand on se sert des lacqs extensifs, c'est-à-dire que le plus souvent la peau de l'aine est fortement tendue, meurtrie, et même un peu excoriée. Hâtons-nous de le dire, cet inconvénient serait de minime importance, si au moins le bassin était fixé; mais il ne l'est pas. Il est bien maintenu dans le sens longitudinal, et il n'est guère possible, à moins que les aides ne cèdent, si ce sont eux qui font la contre-extension, que le bassin descende; mais il n'est pas maintenu latéralement, et peut s'incliner dans ce sens. Il y a quelque chose et même beaucoup à faire pour la contre-extension, dans les cas où il s'agit de réduire une luxation de la cuisse. On pourrait essayer avec une ceinture qui embrasserait les hanches, et présenterait deux sous-cuisses bien rembourrés, lesquels viendraient se fixer à des boucles attachées au-devant de la ceinture. Deux bandes en cuir partiraient en arrière, du haut de celle-ci, et iraient se fixer au mur. Peut-être serait-il plus convenable que le système contre-extensif embrassât tout le tronc : il importe, en effet, que celui-ci ne puisse s'incliner en aucun sens. Chez un homme sur lequel on réduit une luxation, il n'y a qu'une partie qui doit remuer : celle qui est soumise à la force extensive.

Tel est l'appareil de M. Sédillot. Il est aisé, après une aussi longue description, de prévoir l'objection qu'il aura suscitée dans l'esprit du lecteur. Sans doute cet appareil est compliqué; mais il l'est moins qu'on ne le croirait d'après les détails dans lesquels nous venons d'entrer. Il faut se rappeler

qu'un appareil, même simple, lorsqu'on n'en juge que sur une description, paraît toujours plus ou moins compliqué. Les descriptions sont aussi trompeuses, dans ce sens, qu'elles sont difficiles à saisir. Sous ce dernier rapport, il suffira de dire qu'il arrive à des anatomistes qui ont écrit la description d'une pièce pathologique qu'ils ont eue sous les yeux, de ne plus se comprendre eux-mêmes quand l'objet décrit leur manque, à moins d'y mettre une extrême attention. Nous ne prétendons pas, certes, que l'appareil de M. Sédillot soit simple : nous voulons dire seulement qu'il est moins compliqué qu'au premier abord on n'est porté à le supposer, et que, quand on le voit fonctionner, on le trouve aussi facile à appliquer qu'à comprendre. Ensuite, fût-il, en effet, très compliqué, serait-ce une raison de le condamner? On ne repousse un moyen compliqué que quand on peut obtenir le même résultat par un moyen simple. Mais ici il n'y a pas de moyen, ni simple, ni compliqué, qui réussisse mieux que les moufles. Quand les moufles échouent, aucun autre moyen ne saurait réussir; plusieurs fois, au contraire, les moufles ont réussi là où tous les autres moyens avaient échoué.

M. Sédillot, comme on a pu le voir, se conforme au précepte d'appliquer les forces extensives sur l'os luxé, et non sur celui qui lui fait suite. Ainsi, pour la luxation de la cuisse, il applique le bracelet à la partie inférieure de la cuisse, et pour la luxation du bras, à la partie inférieure du bras. « Il faut autant qu'il est possible, dit J.-L. Petit, que les forces qui tirent pour faire l'extension et la contre-extension soient appliquées aux parties mêmes qui sont luxées, sans quoi elles sont inutiles et souvent nuisibles : par exemple, si l'on veut faire la réduction de la luxation du bras, il faut tirer le bras même, et non pas l'avant-bras, re-

pousser ou retenir l'épaule et non pas le corps, parce qu'une partie de la force se perdrait dans l'articulation du coude et dans les attaches de l'omoplate : on ferait des extensions violentes qui intéresseraient les ligamens et les muscles de ces parties, et ils pourraient n'avoir pas assez de force pour résister. »

Hippocrate prescrivait d'effectuer l'extension au moyen de deux lacqs placés l'un au-dessus du coude, l'autre au-dessous du poignet, dans la luxation du bras ; et l'un au-dessus du genou, l'autre au-dessus des malléoles, dans la luxation de la cuisse.

Scultet donnait pour règle d'appliquer le lacq extensif le plus loin possible de l'os luxé.

On cite, dans tous les ouvrages, Dupoui et Fabre, comme ayant soutenu cette opinion, que même, oubliant assez généralement Scultet, on ne fait remonter qu'à eux. Nous avons vainement cherché, avec l'aide bienveillant de personnes assurément compétentes, de M. Dezeimeris, entre autres, le mémoire de Dupoui. Ce mémoire, lu devant l'Académie royale de chirurgie, n'est pas compris dans les mémoires de cette compagnie. Le seul écrit que nous ayons trouvé de Dupoui est une note adressée par lui au journal de médecine rédigé par Lallement, note dans laquelle il s'élève fortement contre les auteurs d'un dictionnaire de chirurgie qui venait de paraître. Il se plaint d'abord de ce que l'on a accolé à son nom celui de Fabre, qui n'a écrit sur ce sujet qu'après moi, dit-il, et s'il m'est permis de l'ajouter, pour m'approuver. Il se plaint ensuite de ce que les auteurs de ce dictionnaire ont parlé d'un procédé de lui pour la réduction des luxations du bras, tandis qu'il n'avait pas de procédé spécial de réduction pour cette luxation, et de n'en avoir pas

indiqué un pour la cuisse, qu'il avait fait connaître *dans son mémoire*, et auquel il attache beaucoup d'importance. Ce procédé est assez singulier et assez peu connu pour que, nous écartant un peu de notre sujet, nous n'hésitions pas à lui donner place. « Je n'emploie point de lacqs; je ne fais pas non plus de contre-extension; je me suis contenté jusqu'à présent de la seule résistance du corps. Je place le malade horizontalement sur le dos; j'étends également la partie malade, et je la pose contre la saine; je fais presser fortement sur le genou, par la main d'un aide, afin de tenir cette partie dans l'extension la plus exacte, dans laquelle les muscles se trouvent posés aussi parallèlement qu'il est possible. J'embrasse d'une main le coude-pied, et de l'autre main le talon; sans lever la partie en aucune façon, je la tire médiocrement; et dans l'instant les muscles obéissent, s'étendent et remettent seuls la tête dans sa cavité. »

Voilà certainement des réductions obtenues à peu de frais; et quel que soit le jugement que d'avance on croie devoir porter sur une semblable méthode, il y aurait conscience, tant elle est facile et innocente, à ne pas en faire l'essai.

Il est bon de remarquer expressément que dans la note adressée au journal de Lallement, Dupoui ne fait aucune mention de ses idées relativement à l'extension. Il n'en est pas plus question dans cette note que dans le dictionnaire de chirurgie incriminé. On trouve seulement quelques détails sur ce point dans le *Dictionnaire de Médecine, de Chirurgie et de l'Art vétérinaire*, à l'article *luxations*, encore ces détails sont écourtés, et ne pourraient pas servir de base à une discussion.

A. Portal proclame, dans son *Précis de chirurgie*, la nécessité de pratiquer l'extension loin de l'os luxé, et fait là-des-

sus le raisonnement suivant : En physique il est d'autant plus difficile de donner à une corde une longueur déterminée, que cette corde est plus courte, de sorte que plus elle est courte, plus on est obligé d'augmenter le poids que l'on suspend à son extrémité, pour l'alonger. Il en est de même pour les muscles; plus ils sont courts, plus il faut de force pour les alonger : or, lorsque l'on applique un lacq à la partie inférieure du bras, on raccourcit les muscles de toute la partie sur laquelle porte le lacq, et on doit nécessairement avoir plus de peine à les alonger que si on leur avait laissé leur longueur naturelle. La raison à laquelle on s'arrête généralement, consiste dans la contraction que déterminerait dans les muscles de la partie, la compression exercée sur eux par les lacqs.

Desault (1) pratiquait l'extension en se conformant au précepte de Dupoui et de Scultet.

Boyer, et c'est une preuve à ajouter à mille autres de la faillibilité des meilleurs esprits, raisonne étrangement à propos de la question qui nous occupe. En général, dit-il, il faut placer les puissances extensives sur l'os luxé, et, immédiatement, il ajoute que ce précepte ne saurait trouver son application dans la réduction des luxations de la cuisse et du bras. Mais comment, s'il faut en excepter les luxations de la cuisse et du bras, le précepte émis serait-il un précepte général ? Les seules luxations pour lesquelles il puisse y avoir discussion sont précisément celles qui viennent d'être désignées. Si le précepte de placer les forces extensives sur l'os luxé lui-même ne leur est pas applicable, il devient inu-

(1) *Œuvres chirurgicales*, publiées par Xav. Bichat, nouv. édition. Paris, 1830, t. 1. pag. 364.

tile, et Boyer, qui, de prime abord, semblait s'éloigner de l'opinion de Dupoui, y rentre complètement.

Boyer prévoit une objection, la plus grave qui puisse être adressée à *l'extension éloignée*, et s'efforce de la combattre : Il ne faudrait pas croire, dit-il, que l'articulation intermédiaire à l'articulation luxée et à l'extension, le coude, par exemple, dans la luxation de l'épaule, absorbe à son détriment, une partie de la force extensive ; cela peut paraître vrai au premier coup-d'œil ; mais il n'en est rien ; les muscles qui entourent l'articulation du coude, se contractent par le fait de l'extension, et maintiennent l'articulation, de telle sorte que la continuité du membre n'est aucunement interrompue, qu'il forme un levier parfaitement continu, et qu'enfin l'effort se communique directement sans rien perdre, de l'avant-bras au bras. C'est là, sans aucun doute, une assertion démentie chaque jour par les douleurs que ressentent les patiens dans l'articulation intermédiaire, quand, par exemple, dans une luxation scapulo-humérale on applique le lacq extensif au poignet ; mais ensuite, s'il suffisait de la contraction musculaire résultant des tractions pour appliquer fortement les os de l'avant-bras contre l'humérus, Boyer aurait dû penser qu'elle devait suffire également pour maintenir l'os luxé dans sa position anormale.

S'il pouvait être vrai que l'extension a pour effet de fixer solidement l'un contre l'autre les os d'une articulation, il faudrait renoncer à l'espoir de réduire des luxations en tirant sur l'os luxé.

Quant à nous, nous nous rangeons complètement, avec M. Sédillot, à l'opinion si bien défendue par J.-L. Petit (1). Plus la force est éloignée du point sur lequel elle doit agir,

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, Paris, 1790.

moins elle doit avoir d'efficacité, et plus il est nécessaire de la multiplier. Ensuite, il n'y a qu'à interroger les malades pour savoir si les articulations intermédiaires souffrent réellement. Si l'extension que nous appelons éloignée par rapport à l'autre, qui serait l'extension rapprochée, et que l'on pourrait elle-même appeler immédiate par opposition à la première qui deviendrait l'extension médiate ; si, disons-nous, l'extension éloignée ou médiate n'avait pour effet que de rendre nécessaire l'emploi d'une plus grande somme de force, l'inconvénient serait minime ou même nul. Il n'y aurait que quelques tours de plus à donner, si on se servait des moufles, ou à ajouter un aide, si on réduisait à la manière ordinaire.

Mais l'extension éloignée a aussi, et surtout, comme nous l'avons vu, pour inconvénient d'agir sur l'articulation intermédiaire; et cet inconvénient se complique du premier, auquel il donne de l'importance; car plus on devra augmenter la force extensive, plus l'articulation intermédiaire souffrira.

Après cette digression à laquelle nous nous sommes laissé entraîner dans la pensée, sans doute ambitieuse, qu'il nous serait possible de présenter sous son véritable aspect, une question incomplètement connue, arrivons au mode d'application de l'appareil de M. Sédillot, que plus haut nous n'avons fait que décrire.

Il s'agit d'une luxation de la cuisse, la contre-extension est faite; le bracelet est appliqué et fortement serré au-dessus du genou ; le moufle et le dynamomètre sont en place.

Un aide s'empare de l'extrémité libre de la corde du moufle, et la roule autour d'un bâtonnet cylindrique ; par ce moyen, il n'a pas, en tirant, les mains coupées par la corde. Il doit tenir le bâtonnet appuyé contre le moufle, et tirer

sans secousses, en roulant simplement le bâtonnet entre ses mains. Mais il faut avoir tiré soi-même pendant un certain temps pour savoir combien cet exercice est fatigant, et combien aussi il est difficile de tirer sans secousses. Pour peu que la manœuvre se prolonge, il est impossible que le même aide puisse continuer à tirer. Ce sont là des inconvéniens auxquels M. Sédillot ne croit pas une importance égale à celle que nous leur attachons, et qui nous font regarder comme nécessaire l'adaptation d'un nouveau système aux appareils que nous étudions. Ce système consisterait dans un instrument analogue à celui que l'on voit dessiné dans l'ouvrage de Portal où il est appliqué à la réduction d'une luxation du bras. Il faudrait une sorte de manivelle qu'on attacherait au mur, et qui ferait tourner une petite roue autour de laquelle on roulerait la corde ; il suffirait ainsi de deux doigts d'un aide pour effectuer l'extension.

Les chirurgiens pour lesquels les luxations ne sont que des difformités, et les amis outrés de la simplicité, à cette proposition d'un nouveau système à ajouter aux appareils, vont crier à la complication et à la superfluité. La génération d'écrivains qui succède à celle de nos maîtres affecte pour la simplicité un amour qui va presque jusqu'au désir de voir, suivant une ingénieuse expression, la chirurgie désarmée. Sans doute ce serait un beau résultat que d'arriver à de grands effets par de petits moyens ; mais lorsque les petits moyens sont insuffisans, lorsque, par exemple, dans une luxation, tous les moyens, jusqu'aux machines exclusivement, ont été inefficaces, renoncera-t-on à l'espoir de guérir le malade par cela seul qu'il faudrait employer un appareil plus ou moins compliqué. En chirurgie, il y a particulièrement deux écueils à éviter. Il faut craindre de trop agir, et de ne pas

assez agir. Il faut éviter à-la-fois l'opiniâtreté et la mollesse dans l'application des moyens, la hardiesse et la pusillanimité. Si le juste milieu devait être dépassé d'un côté ou de l'autre, nous préférerions que ce fût du côté de la hardiesse. Un homme est atteint d'une luxation; pour une raison quelconque il tarde à être présenté au chirurgien; on essaie la réduction avec les mains seules, puis avec les lacqs, on ne réussit pas; alors on dit au malade de se consoler, et qu'insensiblement il recouvrera assez de mouvemens pour tirer quelque parti de son membre. C'est probablement à partir de ce moment que la luxation deviendrait une simple difformité. Il ne s'ensuit pas moins que le sujet est définitivement estropié. Ce n'est point ici une vaine supposition; non-seulement le fait a dû avoir lieu, mais nous avons la certitude qu'il s'est répété. Il y a des chirurgiens qui renoncent avec la plus grande facilité. Croire, nous le répétons, à la puissance autocratique de l'art, et agir en conséquence, ce serait s'exposer aux plus pénibles mécomptes; mais aussi rester en deçà de ce à quoi il a droit d'aspirer, c'est manquer à sa mission de chirurgien.

Nous nous flattons de l'espoir qu'après la lecture de ce travail, les praticiens ne regarderont plus les lacqs comme le dernier terme de l'art dans le traitement des luxations, et ne se borneront dans leurs tentatives qu'après l'emploi rationnel et complet des moufles, si même ils ne jugent pas convenable, ce qui nous paraît devoir être, de substituer de prime abord les moufles aux lacqs et aux aides.

Pendant que l'aide tire sur la corde, il doit, ainsi que le chirurgien qui dirige la manœuvre, regarder, à chaque instant, le dynamomètre, afin de savoir quel est le degré de force auquel on est parvenu. Il arrive souvent, comme nous l'avons

dit, que l'aiguille reste stationnaire, quoique l'on tire, ou qu'elle descend, quoique l'on maintienne les tractions. Le plus souvent cela tient à ce que les aides chargés de l'extension cèdent; et c'est pourquoi, autant que possible, il faut se passer des aides pour la contre-extension comme pour l'extension, et attacher au mur, par le moyen d'un anneau, le lacq contre-extensif. Mais cela peut tenir aussi à ce que le bracelet auquel est attachée la corde du moufle cède aux tractions, ou encore à ce que la partie cède elle-même et s'alonge un peu. On remédie au déchet de la force extensive, soit en rectifiant la contre-extension, soit, ce qui est une nécessité fâcheuse, en réappliquant le bracelet, soit enfin en augmentant les tractions.

On comprend que, si l'extension est faite de haut en bas, et que le second moufle soit fixé très haut dans le mur, l'aide est obligé de tenir les bras élevés pour rouler la corde, position qui devient promptement très fatigante. Pour prévenir cet inconvénient, l'aide monte sur une chaise ou sur un tabouret.

La nécessité de changer la direction de l'extension se présente très rarement, et, quand elle se présente, rien n'est plus facile que de suspendre un moment les tractions, de planter un anneau dans le mur ou dans le sol, à l'endroit nécessaire, et d'y engager le crochet du moufle, après quoi l'extension est reprise. C'est afin de pouvoir changer la direction des tractions sans les suspendre, et de parer à une objection qui avait été faite à l'emploi des moufles, que M. Sedillot avait adapté à son appareil des poulies de renvoi dont l'inutilité est maintenant reconnue par ce professeur lui-même.

Rien n'est plus facile que de relâcher les moufles au com-

mandement du chirurgien dirigeant : il suffit de dérouler les cordes roulées autour du bâtonnet cylindrique.

M. Sédillot avait fait construire, dans le but de relâcher instantanément les poulies, une tige métallique composée de deux moitiés articulées mobilement. Il suffisait, pour rompre la continuité de l'appareil, de tourner l'une de ces moitiés sur l'autre. Mais, vu la facilité qu'il y a à dérouler simplement la corde du moufle, cette tige nous paraît inutile.

Voici à-peu-près toutes les règles d'application de l'appareil de M. Sédillot. Il nous reste à faire un examen des cas dans lesquels il a été employé. Nous terminerons par quelques conclusions.

La suite au prochain numéro.

MALADIES DE LA PROSTATE,

Par M. VIDAL (de Cassis).

La prostate placée sur les limites de deux grands appareils, ouvre à leur produit la voie qui doit compléter leur émission. L'urine et le sperme ne peuvent sortir de leurs réservoirs sans traverser la prostate. Ajoutez que les rapports de cet organe avec le rectum sont intimes, que les instrumens destinés à briser ou extraire les corps étrangers de la vessie, à explorer cet organe, n'y parviennent qu'après avoir traversé cette glande, et vous aurez une idée de l'importance de cet organe, de la gravité de ses maladies. La prostate malade peut dévier, arrêter l'écoulement de l'urine, du sperme, et soustraire à la volonté leur émission. Cet organe malade peut aussi empêcher ou rendre très pénible la défécation, rendre difficiles, très graves la lithotritie, la taille et même le cathétérisme. Ainsi génération, sécrétion urinaire,

digestion ; ces trois grandes fonctions peuvent être troublées par une lésion de la prostate, qui pourra encore arrêter la main de l'opérateur dans des circonstances où elle serait très secourable.

Un organe qui joue un pareil rôle devait, de bonne heure, attirer l'attention des anatomistes. Hérophile trouve déjà cet organe ; Vesale l'étudie avec soin ; Morgagni en fait l'anatomie normale et l'anatomie pathologique; Degraaf mesure ses dimensions et cherche à en pénétrer la structure ; Caldani, Lieutaud, Sabatier nous conduisent à l'école dite anatomique, et Boyer, Dupuytren, MM. Roux, Cruveilhier, Velpeau, Blandin, Senn, Mercier, etc., arrivent à cette exactitude dans les détails qui est un des caractères de notre époque. La pathologie de la prostate a été singulièrement influencée par les recherches de ces auteurs. Aujourd'hui presque tous les faits pathologiques se lient à des faits anatomiques. Aussi ceux qui auraient oublié les dispositions de la prostate étudieraient sans fruits ses altérations et ne sauraient comprendre, encore moins exécuter convenablement, les opérations à faire sur cet organe. Je vais donc tracer une esquisse très rapide de la prostate.

Winslow dit que la prostate ressemble à une châtaigne ; c'est la comparaison qui donne l'idée la plus juste de la forme de cet organe. Sa base embrasse le col de la vessie, son sommet est dirigé vers le périnée et se confond avec la portion dite membraneuse de l'urètre ; il y a dix-sept lignes de l'un à l'autre de ces points. Cet organe se trouve donc entre le pubis et le rectum, mais sa direction étant oblique de haut en bas et d'avant en arrière, on n'a pas été d'accord sur le nom de ses faces ; ainsi celle qui correspond au pubis a été tantôt appelée antérieure, tantôt supérieure ; la plus voisine

du rectum a été dite tantôt inférieure, tantôt postérieure. Il vaut mieux appeler la première *face pubienne*, l'autre *face rectale*. Je noterai deux choses sur ces deux faces : 1° le lacis veineux que Santorini a décrit sous le nom de sinus, lacis mêlé à des fibres ligamenteuses qui fixent à l'arcade du pubis la face correspondante de la prostate ; 2° le tissu cellulaire qui fait adhérer l'autre face au rectum, tissu cellulaire serré, dans lequel il ne s'accumule ni graisse, ni sérosité et qui n'est jamais parcouru par des vaisseaux d'un gros calibre.

Les faces latérales sont arrondies et recouvertes par la partie antérieure du releveur de l'anus. La prostate est en dehors de l'aponévrose pelvienne ; elle n'est donc pas dans le bassin, elle est dans l'épaisseur des parties molles qui forment le plancher du bassin, c'est-à-dire dans le périnée. Ceci est important à noter pour apprécier la valeur des tailles prostatiques.

Il entre dans la composition de la prostate deux élémens distincts : l'un fibreux, l'autre glandulaire.

L'*élément fibreux* est partout ; il vient de ces petits ligamens que j'ai dit attacher la prostate à l'arcade pubienne et des attaches tendineuses des faisceaux musculaires qui vont former la tunique contractile de la vessie. Chez la femme cet élément seul représente la prostate.

L'élément fibreux est surtout prononcé à la périphérie ; et plus on avance vers elle, plus la résistance de la glande est considérable ; enfin, une lame tout-à-fait aponévrotique engaîne la prostate.

L'*élément glandulaire* est représenté par des granulations ayant chacune un petit conduit qui, joint à d'autres, forment sept à quinze canaux lesquels vont s'ouvrir autour de la base du veru montanum. Ces granulations ne sont pas ré-

pandues partout, c'est-à-dire qu'elles n'entourent pas complètement l'urèthre ; elles s'agglomèrent et sont distribuées par masses sur les côtés de ce canal. Là elles sont facilement apercevables et forment ce qu'on a appelé les *lobes latéraux* de la prostate. Il y a aussi un certain nombre de granulations à la fin de l'urèthre et en bas du col vésical ; c'est le lobe dont on attribue la découverte à Home. On l'a appelé *lobe moyen*, *portion transversale de la prostate* (Amussat) ; M. Mercier l'a nommé, *portion sus-montanale*. Je préférerais l'appeler *lobe inférieur*.

A l'état normal, il est quelquefois difficile de constater les granulations formant ce lobe. A l'état pathologique elles peuvent être dénaturées. Aussi, non-seulement il y a eu discussion sur le nom, mais surtout sur la nature de cette élévation. Ce n'est pas sans intention que M. Velpeau l'appelle *lobe pathologique*. Je reviendrai sur cette discussion. Je note ici que la densité de la prostate est comme celle des autres glandes ; là où elle est glande; mais là aussi sa cohésion est quelquefois faible, on peut facilement la déchirer. Cette circonstance est très importante à noter pour l'étude du cathétérisme, de la taille et de la lithotritie.

M. Cruveilhier fait entrer l'élément musculaire dans la composition de la prostate. Les preuves directes ne sont pas encore assez satisfaisantes pour l'admission de cet élément. Mais l'analogie lui est très favorable. A l'état normal, la fibre musculaire ne peut être démontrée dans toute sa perfection, mais on peut dire qu'elle y est à l'état rudimentaire, je voudrais pouvoir dire à l'*état de disponibilité* comme à la matrice hors la gestation.

Je reviendrai sur cette opinion qui m'a toujours souri. Maintenant je vais classer et étudier les maladies de la

prostate d'après les principes qui m'ont dirigé dans ma PATHOLOGIE EXTERNE. Je commencerai donc par les lésions physiques, par les plaies.

ARTICLE I.

Plaies, déchirures, perforations de la prostate.

Cet article est ou supprimé ou fort abrégé dans les auteurs, et cependant il intéresse au plus haut point le praticien et surtout l'opérateur. Les solutions de continuité de la prostate sont faites dans une intention thérapeutique, ou bien ce sont des accidens arrivés au malade ou produits par le chirurgien lui-même avec les instrumens ou les corps qu'on introduits dans la vessie ou ceux qu'on veut extraire de cet organe. Ces accidens doivent être étudiés, connus, non-seulement pour les combattre, les guérir, mais encore pour connaître les modifications qu'ils apportent dans la prostate et celles qu'elles peuvent faire introduire dans les méthodes opératoires. A ce point de vue le traumatisme de la prostate offre le plus grand intérêt.

Une incision bien nette de la prostate et qui ne dépasse pas les bornes de sa base est suivie d'un léger gonflement des nouvelles surfaces créées par l'instrument vulnérant; ces surfaces se rapprochent, se mettent en contact et l'urine ne pouvant passer par là, il peut arriver qu'en moins de cinq jours elle traverse en entier l'urèthre. Il est question d'une taille bilatérale faite par Béclard qui vit l'urine passer par l'urèthre, moins de trois heures après l'opération. On peut dire qu'il y a eu là réunion immédiate.

Les choses ne se passent pas si bien quand les plaies de la prostate au lieu d'être simples sont sinueuses, inégales, enfin quand elles sont le produit d'une déchirure, surtout si de petites portions de la glande ont été détachées

comme cela arrive, quand, après un débridement insuffisant du col vésical, on arrache avec violence un calcul hérissé d'aspérités. Dans ces cas, en supposant même que les déchirures n'aient pas dépassé les bornes de la base de la prostate, il y a de telles douleurs et une telle prostration que le malade court les plus grands dangers; quand il ne succombe pas, l'urine passe pendant long-temps par la plaie, qui peut se transformer en fistule. J'ai observé cette dernière circonstance même à la suite de la taille bilatérale; j'ai vu l'urine passer encore, en partie, par la plaie plus d'un mois après l'opération; ensuite, j'ai perdu de vue le malade, mais je suppose que la fistule a duré plus longtemps (1). Le sujet était un enfant, je dois noter que le débridement avait été mal fait. Les efforts d'extractions furent considérables.

Les déchirures n'ont pas de résultats aussi funestes quand, au lieu d'être produites par des violences, des efforts dirigés de dedans en dehors, c'est-à-dire des efforts d'extraction, elles sont faites avec une certaine modération, et, si j'osais le dire, avec méthode comme le faisait l'école de Leçat.

Les déchirures et même les incisions ont des suites le plus souvent funestes, quand elles dépassent les bornes de la base de la prostate. Dans les plaies de cette étendue, le corps de la vessie se trouve atteint, la plaie dépasse l'aponévrose supérieure; ce n'est plus alors seulement une plaie du périnée, car elle est pénétrante, elle ouvre le bassin. Quand ces plaies sont faites par incision, comme il y a deux organes d'attaqués, il y a des différences dans leur mode de réunion; les lèvres de la solution de continuité de la prostate se rapprochent par l'effet du gonflement ou par élasticité; d'ailleurs leurs bords

(1) Ces mots sont extraits de ma thèse sur la *taille quadrilatérale*. Elle était achevée quand j'appris la mort du sujet de l'observation.

sont larges; elles sont bientôt en contact; alors elles ne laissent pas passer l'urine; ce liquide passe plus facilement par la plaie qui a été faite au corps de la vessie, laquelle n'a pas la même élasticité et dont les lèvres n'ont pas la largeur de celles de la plaie de la prostate. L'urine s'infiltre donc dans le tissu cellulaire qui entoure la vessie; de-là des suppurations, des mortifications, etc. Les humeurs étant presque en contact avec le péritoine, il survient une l'inflammation de cette membrane et ses suites qui sont presque toujours funestes. Ce sont ces accidens qui, quoi qu'on en dise, avaient rendu la pratique de Cheselden si malheureuse dans les premiers essais qu'il fit de la taille latéralisée, avant qu'il eût appris à redouter les plaies de la prostate qui dépassent sa base. On comprend que des déchirures qui s'étendraient aussi loin seraient plus souvent et plus directement funestes que les grandes incisions, car outre les inconvéniens de celles-ci on aurait de plus à craindre tous les accidens qui doivent être la suite de la contusion de la dilacération du col de la vessie et de la prostate. Tous ces accidens ou presque tous se sont présentés à la suite d'une taille bilatérale chez un homme de plus de quarante ans; à l'autopsie, on trouva une déchirure s'étendant d'un côté jusqu'au corps de la vessie, et cependant on avait fait sur chacun des grands rayons de la prostate (*obliques inférieurs*) une incision qui avait au moins cinq lignes, puisque le lithotome double de Dupuytren avait été ouvert au n° 15; le calcul n'était pas très volumineux, mais les efforts que l'on fut obligé d'employer pour l'extraction furent considérables; le malade mourut à la suite d'une suppuration du tissu cellulaire du petit bassin et d'une péritonite.

Ceci étonnera peut-être ceux qui croient que la taille bilatérale peut facilement permettre l'extraction de calculs très

volumineux; mais si l'on considère, 1° que la double incision ne donne jamais lieu qu'à une boutonnière; 2° que le parenchyme de la prostate est quelquefois très résistant, surtout à mesure qu'on s'éloigne de son centre; 3° que les calculs par l'addition des cuillères des tenelles présentent toujours une forme sphéroïde. Si on entre dans ces considérations, on sera convaincu de la difficulté qu'un corps de cette forme éprouve à passer par une ouverture à peine elliptique, par une boutonnière à bords durs qui ne peuvent circonscrire un corps orbiculaire sans qu'il se fasse des déchirures sur ces mêmes bords, surtout quand les angles ont résisté, et que, sur ce point, la déchirure n'a pas dépassé la base de la prostate: car quand ces bornes sont dépassées, et que le corps de la vessie est compris dans la déchirure, l'ouverture peut facilement prendre la forme orbiculaire sans que les bords en souffrent: mais il arrive souvent que les angles résistent, parce que la prostate est renfermée dans une gaîne fibreuse très forte: alors quand on redouble d'efforts les bords se déchirent dans plusieurs sens, et on fait, sans le vouloir, une taille plus que quadrilatérale. Ce sont même des accidens de cette nature, observées en 1825, qui m'ont donné la première idée du procédé que j'ai proposé en 1828. J'ai assisté à l'autopsie d'individus qui avaient succombé à la suite de la taille latéralisée; l'extraction du calcul avait nécessité de grands efforts. J'ai vu alors le col de la vessie et la prostate déchirés en étoile; j'ai observé même cet accident à la suite de la taille bilatérale, et (chose remarquable) le sujet était un enfant qui n'avait pas atteint sa cinquième année.

Les *perforations* de la prostate sont faites, dans le plus grand nombre des cas, par des sondes mal dirigées, ce sont alors des accidens appelés *fausses routes*; ou bien on les pratique à

dessein pour creuser un canal auprès de l'urèthre trop rétréci. On comprend alors que les perforations de la prostate doivent surtout avoir lieu quand elle est gonflée, hypertrophiée. Cette fréquence de fausses routes pendant cet état de la prostate s'explique par la déviation, les changemens de diamètre subis par la dernière portion de l'urèthre et par la fragilité plus grande de la prostate dans certains de ses gonflemens.

Les perforations de la glande de la prostate sont : 1° incomplètes, 2° complètes, 3° uniques, 4° multiples, 5° elles font communiquer l'urèthre avec le rectum ou avec la vessie; mais, dans ce dernier cas, par une ouverture autre que celle qui aboutit au col vésical. Elles ont lieu dans tous les sens, en haut, en bas, sur les côtés; les plus fréquentes sont dans ce sens; les moins fréquentes sont en haut.

Les *perforations incomplètes* sont plus ou moins profondes, quelquefois il n'y a qu'une simple éraillure de la glande; d'autres fois elle est perforée dans presque toute son épaisseur, mais ses limites n'ont cependant pas été dépassées. La perforation incomplète est moins grave que la plupart de celles qui sont complètes, car le tissu de la prostate s'enflamme peu et il ne s'infiltre pas d'urine. La fausse route incomplète peut s'effacer si elle est peu considérable, ou bien elle s'organise et constitue un diverticulum de l'urèthre. Cette fausse route incomplète peut être complétée par un nouveau cathétérisme, car la sonde a une grande tendance à suivre la voie accidentelle.

Les *perforations complètes* sont celles qui dépassent les limites de la prostate. Elles peuvent avoir lieu dans tous les sens. Elles font alors communiquer l'urèthre avec le tissu cellulaire qui entoure la prostate; de là des abcès, des infiltrations urineuses, enfin des accidens graves.

La fausse route, comme je l'ai déjà dit, peut faire communiquer l'urèthre avec le rectum. On parle d'un malade auquel on introduisit une bougie dans l'urèthre, laquelle étant abandonnée passa dans le rectum, et sortit par l'anus.

Les perforations de la prostate qui parviennent jusqu'à la vessie et qui constituent un embranchement de l'urèthre ont été considérées comme les moins graves. On a cherché à méthodiser cet accident, c'est-à-dire qu'on a voulu créer une nouvelle *portion prostatique* de l'urèthre. M. Cruveilhier, partisan de cette méthode, l'appelle *ponction de la vessie à travers la prostate;* cette ponction a même été exécutée par Dupuytren, et il est évident que le *cathétérisme forcé* de Desault et de ses élèves n'est autre chose, dans le plus grand nombre des cas, qu'une ponction de la vessie par la prostate. Il est des praticiens qui sont opposés à cette opération, M. Civiale entre autres. Je crois, pour mon compte, que cette question ne peut encore recevoir une solution absolue; je pense qu'une opération pratiquée sur la prostate pour remplacer l'urèthre qui la traverse ou pour l'élargir, qu'une pareille opération pourrait être tentée; mais il faudrait qu'elle fût autrement conçue, autrement méthodique qu'une ponction faite par un cathéter c'est-à-dire, par un instrument qui agit à l'aveugle. Je reviendrai sur ce point important de médecine opératoire.

D'ailleurs les fausses routes qui s'ouvrent dans la vessie n'ont pas une égale gravité. Celles qui percent un lobe de la prostate et qui, sans l'abandonner, suivent un trajet parallèle, ou à-peu-près parallèle à celui de l'urèthre pour s'ouvrir dans le voisinage du col; ces fausses routes sont les moins graves, ce sont celles qu'on voudrait produire dans une intention thérapheutique. Mais quand la fausse route va

s'ouvrir dans la vessie, loin de son col, le cas est beaucoup plus grave; car le cathéter alors n'a pas suivi le grand axe de la prostate; il s'est dévié, a dépassé les bornes de cette glande, a labouré le tissu cellulaire environnant les parois de la vessie avant de perforer complètement ce réservoir. Il y a alors deux causes de danger et, pour ainsi dire, deux portes ouvertes à l'infiltration urineuse: ce sont les deux extrémités de la fausse route.

La sonde n'enfile pas toujours une fausse route déjà produite; elle peut pénétrer heureusement dans la vessie par l'urèthre, ou bien percer une nouvelle fausse route, ou bien encore la sonde d'abord introduite dans la fausse route déjà existante ne la suit pas jusqu'à la fin, elle fait, pour ainsi dire, une fausse route à l'ancienne fausse route; alors le trajet anormal est bifurqué. Ce sont là de *fausses routes multiples*. Un exemple bien remarquable de ces fausses routes a été rapporté par M. Civiale; le voici tel que ce praticien l'a décrit dans son ouvrage (1). Une fausse route commençait au côté droit et à la partie antérieure de la crête uréthrale, traversait la prostate d'avant en arrière, de haut en bas et conduisait dans un foyer purulent situé entre cette glande et le rectum. Une autre qui commençait à la partie médiane, derrière la crête, perçait la prostate dans la même direction que la précédente et aboutissait au même foyer. Une troisième commençait au côté droit de la seconde, et se bifurquait immédiatement; l'une de ses branches se dirigeait en dehors et s'ouvrait dans la vessie derrière le lobe latéral droit de la prostate; l'autre se portait obliquement en dehors et en arrière, et s'ouvrait

(1) C'est la deuxième partie du *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*. Ce volume contient les maladies du col de la vessie et de la prostate. Paris, 1841, in-8, avec 5 pl.

aussi dans la vessie, en formant au devant de l'orifice de l'urèthre, du même côté, une subdivision séparée seulement par une bande étroite. Du reste la membrane muqueuse de la vessie ne présentait rien d'anormal.

La pièce qui représente tous ses dégâts se trouve dessinée dans le livre de M. Civiale. Ce praticien fait les réflexions suivantes sur ce fait : « Si l'on se rappelle combien la « prostate est naturellement consistante, on pourra calculer « le degré de force qu'il a fallu employer pour la perforer « ainsi dans tous les sens. Du reste, sur ce sujet, les fausses « routes étaient déjà anciennes, et l'on pourrait être surpris « de ce que le malade a survécu long-temps encore, si l'on « ne savait que la prostate irradie peu de sympathies, que « ses altérations marchent avec lenteur et qu'elles restent « bornées à son tissu lorsqu'elles n'entraînent pas de grandes « difficultés d'uriner. » Je note avec soin ce fait de tolérance de la prostate, car il peut servir à étayer des opérations pratiquées sur elle, soit pour parvenir à la vessie, soit pour guérir des maladies propres à cet organe.

Les désordres causés par un cathétérisme malheureux sont difficiles à constater pendant la vie, mais bien plus, les fausses routes conduisent à des erreurs dans la recherche des lésions prostatiques. En effet, si on pratique le cathétérisme pendant l'existence d'une fausse route au col de la vessie, on peut très bien méconnaître une tumeur, même volumineuse, de la prostate, car la sonde ne trouvant point d'obstacle, s'engagera dans la mauvaise voie. Il serait difficile de donner des préceptes pour faire éviter de pareilles méprises. Des explorations répétées, une longue expérience peuvent seules faire reconnaître une fausse route. Il est vrai que quelquefois la direction anormale que prend la sonde en

pénétrant dans la vessie vous avertit et vous donne des soupçons; mais l'inclinaison de l'instrument est-elle due à une fausse route ou à une tuméfaction peu développée ou circonscrite de la glande? voilà ce qu'on ne peut savoir positivement. Dans certains cas, M. Civiale est parvenu de la manière suivante, non à reconnaître positivement, mais à soupçonner l'existence d'une fausse route ancienne : d'abord la sonde pénétrait dans la vessie sans rencontrer la moindre résistance; mais elle était déviée d'un côté ou d'un autre : lorsqu'elle était placée dans la direction normale de l'urèthre, elle était arrêtée, et presque toujours au moment où son extrémité se serait trouvée dans la vessie s'il n'y avait pas eu quelque disposition insolite. Or, l'arrêt, en cet endroit, dépend d'une barrière, d'une tumeur fongueuse ou d'un engorgement du corps de la prostate, et M. Civiale s'était assuré que rien de semblable n'existait ou, du moins, que la lésion n'avait pas acquis assez de développement pour produire l'obstacle. Cette première donnée éveilla les soupçons de l'opérateur. Une grosse bougie de cire accusait au col vésical une sensation particulière et quelquefois rapportait une empreinte annonçant que le col de la vessie ne se trouvait pas dans les conditions ordinaires. En examinant de combien l'extrémité oculaire de la sonde étant parvenue à l'orifice externe de l'urèthre, était obligée de pénétrer avant que l'urine parût, et calculant la direction que suivait alors l'instrument, M. Civiale, dit avoir acquis la presque certitude de l'existence d'une fausse route (*loco cit.*).

Un cathétérisme malheureux ayant été pratiqué pour un obstacle qui avait son siége au voisinage du col vésical, une fausse route fut creusée entre la prostate et le rectum. La sonde de M. Civiale était entrée dans cette fausse route, il

put constater cette déviation, au moyen du doigt porté dans le rectum. L'instrument recouvert seulement par les parois de l'intestin était facilement exploré. Il fut retiré jusqu'à la partie membraneuse de l'urèthre et en abaissant fortement le pavillon, on le fit pénétrer dans la vessie sans trop de difficultés. On put évacuer environ deux pintes d'urine.

On notera que c'est ici un cas exceptionnel, car, presque toujours, quel que soit le soin qu'on mette dans l'investigation, on n'arrive qu'à des approximations. Les troubles fonctionnels de la vessie n'ont rien de spécial, dans le cas de fausse route.

Les difficultés du diagnostic des fausses routes sont moindres quand on a été présent à l'opération, et surtout si on l'a pratiquée. Alors si on a quelque sang-froid et un peu d'expérience, on apprécie la résistance rencontrée par la sonde, on calcule les conséquences de la direction imprimée à l'instrument, on tient compte des sensations du malade du moment où l'urine paraît, ces données sont alors précieuses pour le diagnostic. (*La suite au prochain numéro.*)

NOUVELLE MÉTHODE D'AMPUTATION DANS LA CONTIGUITÉ DES MEMBRES.

Lettre à M. Bégin,

Par M. Lacauchie, chirurgien-major, professeur à l'hôpital militaire d'Instruction à Metz, agrégé à la faculté de Médecine de Strasbourg.

MONSIEUR,

Les hommes qui ont le plus mûrement réfléchi sur les amputations, et qui ont le plus fait pour en améliorer la pratique, sont ceux qui comprendront le mieux que l'on essaie

encore de réaliser un progrès sur ce grand point de chirurgie. Cette pensée, monsieur, m'a enhardi à vous soumettre quelques réflexions et quelques tentatives s'appliquant exclusivement aux désarticulations.

Lorsque je répétais ou faisais répéter sur le cadavre la manœuvre des amputations dans la contiguité des membres, j'étais rarement content de l'opération ou de son résultat : je reprochais à la méthode circulaire de laisser peu de peau et moins de muscles encore ; à la méthode à lambeaux, de couper souvent au hasard et d'être, par conséquent, incertaine de ce qu'elle produit ; à la méthode ovalaire, les difficultés de son exécution ; et à toutes trois de ne pas *ménager* les parties molles autant qu'on pourrait le faire. Les nombreuses opérations que j'ai vu pratiquer par des hommes d'une habileté reconnue, celles que j'ai pratiquées moi-même, n'ont pas affaibli mes préventions contre les procédés de désarticulation généralement en usage.

Placé entre ces trois méthodes, qui semblent avoir épuisé toutes les voies qui conduisent à une articulation, je ne songeai, pendant long-temps, qu'à choisir entre elles ; plus tard après avoir multiplié des essais sur l'articulation coxo-fémorale, où l'on trouve réunies, au plus haut degré, toutes les difficultés que peut présenter une amputation dans la contiguité, je me demandai s'il n'était pas possible, non plus de réunir par une méthode mixte l'amputation circulaire et l'amputation à lambeaux, mais de fondre complètement ces deux dernières méthodes, et de créer ainsi un nouveau procédé de désarticulation avec lambeaux.

Je crois y être parvenu ; et pour vous donner une idée complète de ce procédé, qui s'applique facilement à presque toutes les désarticulations, je vous l'exposerai avec quelques

détails dans son application à la jointure de la hanche.

Le sujet est couché sur le côté sain; l'opérateur se place en arrière du membre qui doit être extirpé; un aide soutient ce membre; un second, placé en avant du malade, comprime l'artère fémorale sur le pubis; un troisième, placé à la gauche de l'opérateur, pour le membre droit, et à sa droite pour le membre gauche, est chargé de tendre la peau et de soutenir ou d'écarter les parties molles pendant les divers temps de l'opération. Chacun étant ainsi disposé, le chirurgien fait, à quatre ou cinq travers de doigt, au-dessous de la partie supérieure et interne de la cuisse, et en deux temps, une section circulaire qui divise d'abord la peau, que l'on remonte ensuite le plus haut possible, puis toute la masse des muscles jusqu'à l'os, comme s'il s'agissait d'une amputation dans la continuité, pratiquée deux ou trois centimètres au-dessous des trochanters. Alors l'opérateur, par une seconde incision, qu'il commence trois centimètres au-dessus du sommet du grand trochanter, et qu'il fait tomber perpendiculairement sur la partie externe de la section circulaire, divise, de haut en bas, toutes les parties molles, sur l'os et jusqu'à l'os. Il obtient ainsi deux lambeaux bien distincts en bas et en dehors, entièrement confondus en dedans. Le chirurgien saisissant avec la main gauche le sommet du lambeau postérieur le détache entièrement du fémur en dehors et en arrière, coupant toujours sur l'os; aidé dans ce troisième temps de l'opération par un mouvement de rotation en dedans que fait exécuter l'aide qui soutient le membre. Lorsque ce lambeau est bien détaché, le chirurgien procède de la même manière pour le lambeau antérieur, divisant toujours sur le fémur que l'aide porte lentement dans la rotation en dehors. — En détachant le lambeau postérieur, le couteau est arrivé

en arrière à l'articulation qu'il a *largement ouverte*; de même en détachant le lambeau antérieur, le couteau arrive peu-à-peu à la partie antérieure la jointure qu'il ouvre sur la tête du fémur. — Le cinquième temps de l'opération consiste à diviser, par un coup de couteau, qui contourne le sommet du trochanter, la portion des muscles fessiers qui est encore attachée à cette apophyse; dans ce moment l'aide porte légèrement le membre dans l'adduction; un second coup ouvre l'articulation dans sa partie supérieure et tout aussitôt la tête du fémur abandonne, avec bruit, la cavité cotyloïde; on coupe le ligament rond et l'extirpation du membre abdominal est achevée.

Cette opération longue dans sa description est d'une exécution aussi prompte que facile.

Pendant tout le temps de sa durée, la compression de l'artère crurale n'a pas été suspendue un instant, et les doigts ou la pelote qui agissent sur le vaisseau, n'ont point embarrassé la marche du couteau.

Après la chute du membre, on trouve facilement, dans le bord inférieur du lambeau antérieur, le tronc de la crurale superficielle, on y place une ligature; l'aide suspend la compression. Si d'autres artères donnent, on les lie pareillement; mais nous verrons bientôt qu'il y en a peu qui fournissent du sang et pourquoi il y en a peu.

Arrivé à ce point, si on examine d'une part, le fémur qui vient d'être extirpé, et de l'autre la plaie que laisse cette extirpation, on voit un os isolé et dépouillé comme s'il provenait d'une résection, et une plaie dont l'étendue ne dépasse en rien la plaie la moins grande, que puisse nous donner les divers procédés mis en pratique aujourd'hui. — Si nous l'analysons dans sa forme et dans les conditions où se

trouvent placés les élémens qui la constituent, nous trouvons une plaie à lambeaux, lambeaux séparés en dehors et en bas, lambeaux réunis en dedans par toute l'épaisseur des parties molles; nous les voyons s'appliquer facilement, naturellement l'un à l'autre, et sans qu'il soit nécessaire d'exercer sur eux aucune traction; — le couteau qui les a taillés, avant d'arriver à l'articulation, leur a donné des dimensions qui ne peuvent varier après que l'incision circulaire a été faite; on sait donc toujours ce qu'on a de peau, et ce qu'on doit en avoir; — l'épaisseur de la cuisse, diminuée de tout le volume du fémur, permet à la peau de la plaie longitudinale de repousser et de recouvrir les muscles sans tiraillement; si l'incision circulaire a été convenablement placée, si l'on a eu soin, chose importante, de couper la peau à quatre centimètres au moins au-dessous de la section des muscles, les points de suture ferment la plaie en bas, et suivant le diamètre transversal du membre, sans fatigue pour les muscles qu'on recouvre, ni pour la peau qui les enveloppe.

Je disais, en commençant, qu'on doit reprocher à toutes les désarticulations et plus particulièrement à celle dont je m'occupe, les incisions larges et nombreuses qui divisent les masses musculaires dans différens sens, et qui produisent ces plaies immenses dont restera toujours effrayé le chirurgien, quelle que soit son habitude des grandes opérations sur le vivant. Les accidens qui se développent dans ces plaies doivent être et sont en effet dans un certain rapport d'intensité avec l'étendue des blessures que l'instrument a faites. Dans le procédé que je propose, le grand dégât, le dégât inévitable est celui que produit l'incision circulaire, dégât moins grave dans ses conséquences que s'il

s'agissait d'une amputation dans la continuité, puisque la blessure a en moins la présence d'un os, et d'un *os scié*. La plaie longitudinale est une simple incision; et enfin les sections qui décharnent le fémur ne doivent se faire en quelque sorte qu'au détriment de l'os, qu'on n'a point à ménager, puisqu'il est sacrifié. Les muscles qui glissent sur le fémur sans s'y attacher ne sont pas atteints par l'instrument, ceux qui s'y attachent sont divisés dans ce que j'appellerai leur partie la moins sensible, dans leur extrémité tendineuse. Les avantages que trouvent les muscles dans ce procédé sont les mêmes pour les vaisseaux, les mêmes, plus sensibles, plus importans peut-être.

En effet, ces vaisseaux ne sont divisés que dans un point, là où la section circulaire les rencontre; ils le sont perpendiculairement à leur trajet, et par conséquent *aussi peu* qu'ils peuvent l'être. Leur gaîne est respectée dans toute sa longueur. L'incision longitudinale ne divise que des rameaux artériels peu considérables, et les incisions plus nombreuses qui décharnent le fémur, doivent rester en dedans de tous les vaisseaux, et ne les intéresser que dans des branches d'un ordre très inférieur. L'hémorrhagie immédiate est donc moins abondante; l'hémorrhagie secondaire moins fréquente, moins à craindre; d'où résultent des conditions moins favorables au développement de l'inflammation dans les gaînes et les parois de ces vaisseaux : accidens qui n'ont qu'une trop large part dans la mortalité des amputés.

En résumé, je trouve à ce procédé l'avantage : 1° d'être d'une exécution facile, même pour les chirurgiens qui n'ont plus les ressources des amphithéâtres ;

2° De limiter de suite, et par une simple incision circulaire, l'étendue des parties molles que l'on veut conserver ;

3° De ne plus toucher en quelque sorte à ces parties molles après la section circulaire ;

4° De ménager les muscles autant qu'ils peuvent l'être ;

5° De laisser les vaisseaux presque étrangers à la grande opération que l'on pratique, et de diminuer d'une manière prononcée les chances d'hémorrhagie et d'inflammation de ces canaux ;

6° De produire la plaie la moins étendue que puisse nécessiter cette désarticulation ;

7° De donner des lambeaux épais, réguliers, toujours assez pourvus de peau ;

8° De permettre un affrontement naturel et facile de ces lambeaux ; affrontement que maintiennent quelques points de suture.

J'ai dû me demander, monsieur, si quelques inconvéniens propres à ce procédé ne venaient pas compenser les avantages que je crois lui trouver ; j'ai interrogé les personnes qui me voyaient opérer ou qui voulaient bien répéter ces essais ; quelques-unes d'entre elles ont exprimé la crainte de voir ces lambeaux anguleux se retourner sur eux-mêmes, se réunir avec peine et donner une cicatrice difforme. Les chirurgiens qui ont vu ou fait beaucoup d'amputations ne sauraient partager cette crainte ; ils savent que toujours les plaies les plus allongées donnent des cicatrices froncées, dans lesquelles disparaissent complètement les angles que l'on avait voulu ou dû laisser. L'expérience du reste pouvait en dire plus que tous les raisonnemens, et je me décidai à pratiquer cette opération sur un animal, pour pressentir autant que le permet l'analogie, ce qui se passerait chez l'homme. Je vous ferai connaître en finissant, ces expériences et leurs résultats.

Tout ce que je viens de dire pour l'articulation coxo-fémorale s'applique à l'articulation de l'épaule. Le procédé que je présente, appliqué à la jointure scapulo-humérale, est aussi précis que facile. En voyant les résultats qu'il donne, on reste surpris que Sharp et Poyet n'y aient pas été conduits le jour où ils en étaient si près. En effet, toute la différence consiste dans l'ordre suivant lequel ils pratiquaient les incisions longitudinale et circulaire. Le premier de ces deux chirurgiens avait de plus, selon moi, le tort d'inciser, en se rapprochant des vaisseaux qu'il découvrait, ce qu'il faut surtout éviter.

Pour désarticuler l'épaule, je divise la peau circulairement au niveau de l'attache humérale du deltoïde; je coupe les muscles à trois centimètres au-dessus d'elle; je place mon incision longitudinale en arrière; je détache les muscles de l'humérus de la même manière que je l'ai dit pour la cuisse, et la désarticulation de l'os du bras est, je le répète, d'une facilité qu'on ne peut comprendre qu'après l'avoir faite. Là encore, et mieux qu'à la cuisse vous retrouverez tous les avantages que j'ai indiqués plus haut. Il suffit en vérité de jeter les yeux sur le résultat de cette opération pour être convaincu qu'il donne les plus belles espérances. — Quelques points de suture en arrière, quelques-uns en bas, sont les parties essentielles du pansement.

Toutes les articulations des membres qui, par leur position, présentent un de leurs côtés bien libre, sont amputées par le même procédé, et, ce me semble, en donnant un résultat préférable à ce que fournissent les méthodes généralement employées. A la main, ce sont les articulations métacarpo-phalangiennes du pouce, de l'indicateur et du petit doigt; au pied, les articulations métatarso-phalangiennes du premier orteil et du cinquième. Pour chacune de ces jointures, je

place l'incision longitudinale en dehors, et je crois essentiel de la prolonger du côté de l'articulation de manière à la dépasser dans une étendue proportionnée au diamètre de la jointure. Bien qu'ici nous ayons peu ou pas de muscles, je n'en *râcle* pas moins l'os que j'extirpe, laissant ainsi aux lambeaux toute leur épaisseur, et diminuant, autant qu'il est en mon pouvoir, la fatigue que le bistouri fait supporter aux parties molles.

En appliquant ce procédé aux articulations du coude et du genou, je place l'incision longitudinale en dehors. En l'appliquant aux jointures métacarpo-phalangiennes du médius et de l'annulaire à la main, aux jointures métatarso-phalangiennes des deuxième, troisième et quatrième orteils, au pied, je place l'incision longitudinale en avant ou au-dessous, sur la face palmaire pour les premières, sur la face plantaire pour les secondes. Les articulations phalango-phalangiennes de la main sont également amputées de la même manière; je place l'incision longitudinale en dehors ou en dedans de la jointure.

Je sais que la théorie de ce procédé ne suffit pas pour lui donner une place dans la médecine opératoire; il faut des applications sur le vivant. Je ne doute pas que les chirurgiens qui l'auront essayé convenablement sur le sujet mort, ne soient amenés à le pratiquer sur les blessés.

En attendant qu'il me fût possible de présenter des résultats obtenus sur l'homme, j'ai fait quelques expériences sur des chiens.

Aidé par plusieurs élèves et en présence de quelques confrères, j'enlevai sur un chien de moyenne taille le membre postérieur gauche. Cette opération fut exécutée de tous points comme je la pratique sur l'homme mort. Après la désarticu-

lation, nous cherchâmes vainement un jet artériel nous indiquant les vaisseaux qu'il fallait lier; l'écoulement du sang se faisait en nappe. Nous attendîmes, et cet écoulement parut diminuer sans qu'aucun jet se montrât nulle part. Nous nous décidâmes alors à panser notre blessé : trois points de suture réunirent la plaie longitudinale, quatre autres réunirent la plaie circulaire; un gâteau de charpie, des compresses achevèrent un pansement qui nous occupa long-temps, cherchant à le rendre solide, sans fatiguer le moignon. L'animal fut placé avec précaution sur un lit de paille, et deux minutes après, quelques mouvemens du blessé avaient fait justice de toutes les pièces de notre pansement. Nos points de suture seuls ne bougèrent pas. Nous nous décidâmes à laisser les choses dans cet état, nous bornant à recouvrir d'un grand linge le corps de l'animal. Le moignon avait une forme régulièrement carrée. Au bout de huit jours, la plaie longitudinale était complètement cicatrisée, et les points de suture étaient encore en place. Le blessé, qui léchait sans cesse l'autre plaie, avait fini par enlever les deux points de suture du milieu. Cette plaie s'entr'ouvrit alors un peu, mais grâce au grand excédant de peau que j'avais conservé, le moignon ne se découvrit pas, et la cicatrice fut complète le vingt-et-unième jour. Dès le dix-septième, l'animal courait et paraissait plein de santé. Le trente-troisième jour, nous avons sacrifié cette bête pour examiner avec soin la cicatrice et disséquer le moignon. La cicatrice était solide et froncée ainsi que le montre le dessin qui en a été fait, et que j'ai l'honneur de vous présenter.

Le 5 avril j'ai amputé de la même manière, dans l'articulation fémoro-tibiale, un autre chien de moyenne taille. Il n'y a pas eu besoin de ligature d'artères ; j'ai placé quelques

points de suture pour soutenir les deux plaies. La guérison était complète le quinzième jour.

Immédiatement après, j'ai amputé dans l'articulation coxo-fémorale un troisième chien très fort. J'ai taillé de dedans en dehors et de haut en bas un lambeau interne; j'ai désarticulé et taillé, en contournant l'extrémité supérieure du fémur, un second lambeau externe. L'hémorrhagie a été considérable; nous avons lié la crurale, quelques fessières, puis nous avons réuni nos lambeaux par des points de suture entrecoupés. L'animal a succombé seize heures après l'opération.

Je ne veux pas conclure de ce petit nombre d'expériences, celles-ci doivent être répétées, et variées; je le ferai. Cependant on ne saurait méconnaître que deux de ces faits parlent en faveur des avantages que je crois propres au procédé que j'indique, et que le troisième est venu, par la mort si prompte de l'animal, appuyer les reproches que j'adresse aux divers procédés à lambeaux en usage aujourd'hui.

Une circonstance sur laquelle je veux insister, parce que je lui crois une grande valeur, c'est l'absence d'hémorrhagie chez les deux premiers chiens, et une hémorrhagie redoutable chez le troisième. La manière dont les vaisseaux ont été traités dans les deux cas n'explique-t-elle pas des résultats si différens? N'est-ce donc pas quelque chose dans les amputations de la cuisse ou de l'épaule de diminuer les chances d'hémorrhagie? Cependant la perte d'un peu plus ou d'un peu moins de sang serait à mon avis un évènement secondaire si elle n'entraînait pas dans le premier cas des blessures multipliées et étendues des vaisseaux, et si, dans le second, elle n'était pas la preuve que ces conduits ont été ménagés et à ce point souvent, que l'incision circulaire seule les a atteints. Je respecte leur gaîne dans toute son

étendue. Cette gaîne n'est-elle pas trop fréquemment une voie ouverte aux accidens inflammatoires? La méthode à lambeaux, employée jusqu'à présent, n'ouvre-t-elle pas cette gaîne à quelques lignes du ventre pour la désarticulation de la cuisse et trop près de la poitrine pour l'amputation dans la jointure de l'épaule?

Je devrais terminer, et je le voulais, par quelques détails sur les moignons de mes deux chiens. J'en ai fait un dissection complète; mais là se trouve toute une question d'anatomie et de physiologie, dont je réunirai, dans peu de temps, les élémens complets. J'aurai l'honneur de vous les communiquer.

OBSERVATIONS COMMUNIQUÉES

par le professeur Portal (de Palerme).

Encanthis carcinomateux d'un volume énorme.

Le professeur Portal dit n'avoir jamais observé d'encanthis qui fut aussi volumineux que la tête d'un adulte. Jamais non plus, depuis l'antiquité jusqu'à ce jour, on n'a fait mention d'une tumeur de ce genre aussi volumineuse. Le seul fait analogue qui soit rapporté, à titre d'observation rare, est celui qui a été recueilli par Pourmann, d'un encanthis aussi volumineux que le poing d'un homme. C'est pourquoi nous nous empressons de publier l'observation suivante.

Le nommé Gérando Ferrante, âgé de trente-quatre ans, d'une forte constitution et d'un tempérament bilieux, soldat au 1er régiment de ligne, entra, dans le mois de janvier, à l'hôpital militaire de Palerme. Il était affecté d'une ophthalmie aiguë, d'un encanthis inflammatoire, et d'un abcès lacrymal du côté droit. On prescrivit des saignées générales et locales, des collyres émolliens, et une limonade tartarique. L'ophthalmie

diminua ; l'abcès lacrymal fut ouvert au moyen d'une incision longue de trois lignes. Il en sortit du pus de bonne qualité. La petite plaie, recouverte d'un plumasseau de charpie enduit de cérat de Galien, se cicatrisa en peu de jours. Cependant, l'encanthis s'était développé, et présentait la forme aussi bien que la couleur d'une fraise. On continua les applications de sangsues et d'émolliens sur la tumeur ; on eut recours aux laxatifs de toute sorte ; on appliqua de préférence sur la tumeur l'extrait de belladone ; on prescrivit à l'intérieur le mercure doux associé à l'opium et une décoction de salsepareille. Lorsque l'irritation de la caroncule lacrymale diminuait, on employait des collyres landanisés rendus astringens par le sulfate de cuivre, de zinc, ou par le sous-acétate de plomb. Des vésicatoires étaient tour-à-tour appliqués aux bras et aux jambes. Tout cela sans profit pour le malade, car la tumeur allait toujours en augmentant, et bientôt la nécessité de l'extirpation fut reconnue par le professeur Portal, à l'opinion duquel s'associèrent tous les officiers de santé de l'hôpital. Toutefois on différa l'opération, à cause de la rigueur de la saison, et aussi parce que Ferrante, ayant été congédié du service militaire, dut rentrer à la caserne. Le colonel, chevalier Pronio, le renvoya à l'hôpital le 3 mars. L'encanthis avait une couleur roussâtre, était mou, fongueux dans certains points, et saignait au plus léger attouchement. Le 6 avril, la tumeur s'était développée au point d'offrir le volume d'une orange, et s'étendait, recouvrant la paupière inférieure, d'une part, jusqu'aux os du nez, de l'autre jusqu'à l'apophyse zygomatique. L'œil, bien qu'il fût repoussé en dehors par la tumeur, conservait la forme, la couleur et la transparence de l'état normal : la vue cependant, était diminuée.

Ayant fait asseoir le blessé sur une chaise basse, et sa tête étant appuyée sur la poitrine d'un aide, le professeur circonscrivit la tumeur au moyen de deux incisions semi-elliptiques, et sans rien laisser qui pût devenir le germe d'une tumeur nouvelle. La moitié de la paupière inférieure, ayant été atteinte par la maladie, dut être enlevée. L'opérateur s'efforça d'obvier à la difformité par la blépharoplastie, au moyen de la peau de la joue. Deux vaisseaux artériels avaient été divisés; ils furent tordus, et l'hémorrhagie s'arrêta.

La plaie ayant été abstergée, la nouvelle paupière fut assujétie aux bords de l'ancienne à l'aide de points de suture et de bandelettes de diachylon; la plaie fut recouverte d'un plumasseau, et le tout maintenu à l'aide d'un monocle. On prescrivit la diète rigoureuse, et, pour boisson, la limonade à la glace; on recommanda au malade le repos d'esprit. Le calme succéda à l'opération; mais, quatre heures après, une hémorrhagie eut lieu, et baigna les pièces de l'appareil. Elle fut arrêtée par la compression.

La tumeur était du volume d'une grosse orange, dure, bosselée, et pesait environ deux cent cinquante grammes (demi-livre); son tissu était dur, lardacé et cérébriforme.

Le cinquième jour on leva l'appareil, qui était trempé d'une matière sanieuse très fétide. La circonférence de la plaie présentait des végétations granuleuses, et son fond était d'un rouge lavé. On la pansa avec un plumasseau enduit de cérat de Galien, et, le huitième jour, la suppuration ayant diminué, on employa une décoction de mauve. L'inflammation étant tombée, on cautérisa avec le nitrate d'argent, puis avec le précipité rouge, et enfin, ces caustiques n'ayant pas réussi à réprimer la végétation fongueuse,

on fit usage du baume d'Elmonnt, qui détruisit presque la totalité du fongus. Toutefois, la base ainsi que la peau du pourtour étaient très dures, et la tumeur, adhérente aux os nasaux et à l'apophyse zygomatique, augmenta sourdement. Le patient, effrayé de l'action du dernier caustique, ne voulut pas se soumettre à une application nouvelle de ce moyen, et, à dire vrai, l'inflammation s'était propagée à toute la face ainsi qu'au côté droit de la tête, accompagnée de fièvre et de soif ardente.

On dut recourir à l'emploi des émolliens, des laxatifs et à l'administration de l'extrait de jusquiame pour apaiser la douleur. Mais bientôt toute médication devint manifestement inefficace. La tumeur augmenta de volume, au point d'égaler la tête d'un enfant. Elle était d'un rouge sombre, tendant à la couleur plombée.

Elle était irrégulière à sa surface, dure et bosselée dans certains points, ramollie dans d'autres où elle présentait des éminences qui saignaient au plus léger attouchement. Le malade éprouvait des douleurs atroces, qui s'irradiaient dans le front, dans le globe de l'œil et aux tempes. Les vaisseaux qui l'entouraient étaient variqueux. Le centre de la tumeur s'élevait sous forme de fongus, il était ulcéré, et il en suintait une matière séro-purulente très fétide. La couleur variait dans les divers points, grise dans quelques-uns, et d'un rouge lavé dans quelques autres. Les racines de la tumeur s'étaient étendues au point qu'elles occupaient tout l'orbite et l'os maxillaire supérieur. Pour condescendre au désir du malade, on se décida une seconde fois à l'extirpation. La plaie qui en résulta était très vaste, et plusieurs fragmens de la tumeur restèrent adhérens à l'orbite et à l'os maxillaire. On pansa avec de la charpie sèche. Le troisième jour la plaie

suppurait, on la recouvrit d'un plumasseau enduit de cérat de Galien. Mais la tumeur, plus vivace, s'accrut de nouveau très rapidement; le malade, tourmenté d'affreuses douleurs, en arracha avec ses doigts la partie la plus saillante: d'où résulta une hémorrhagie que l'on arrêta au moyen de la glace.

Quelqu'un insinua au malade qu'une nouvelle application du feu pourrait triompher de son affection. Cet homme était véritablement trop malheureux pour que M. Portal ne consentît pas à le satisfaire. Dans le mois de septembre on fit donc une nouvelle cautérisation; les résultats furent les mêmes que la première fois.

Le moment était venu d'abandonner tous les moyens curatifs, et de ne plus faire usage que de palliatifs, propres à rendre le moins douloureuse possible l'existence du malade. On donnait tous les jours au patient une potion anodine; on le tenait au régime lacté, et, de temps en autre, on appliquait sur la tumeur une trentaine de sangsues qui diminuaient momentanément son extrême tuméfaction. Déjà la tumeur étendait ses racines sur les parties latérales du maxillaire inférieur et du cou, où elle comprimait le pharynx et le larynx, apportant ainsi de la gêne à la respiration et à la déglutition. D'une autre côté, la fièvre, des douleurs lancinantes, l'insomnie, détruisaient le malade. Bientôt le délire vint se joindre à cet effrayant appareil d'accidens, et Ferrante succomba. (La tumeur est déposée dans le cabinet pathologique de l'université royale de Palerme.)

Observation de cal difforme. Excision.

François Mistretta, de Palerme, âgé de 32 ans, fortement constitué, de tempérament bilieux, portefaix, entra à l'hôpital

le 20 avril 1836. Il était tombé de voiture, et s'était fracturé le tibia et le péroné gauches, vers le tiers moyen de leur longueur.

Le malade ayant été convenablement couché, et les antiphlogistiques propres à modérer l'inflammation ayant été employés, on appliqua le bandage de Scultet; mais les mouvemens que l'on imprima à la partie, par suite du phlegmon diffus qui l'envahit, et de la suppuration à laquelle il fallut donner issue, au moyen d'une profonde incision et de débridemens, ainsi que l'inquiétude et l'agitation du malade, eurent pour résultat la formation d'un cal vicieux que l'on essaya, mais vainement, de rompre. Alors le professeur Portal se décida à pratiquer l'excision du cal anguleux, ce qui fut fait le 29 mai 1836. Les tissus ayant été incisés jusqu'au périoste, la scie à chaînettes fut passée sous le fragment vicieusement consolidé, dont on enleva environ un pouce et demi. La plaie ayant été réunie par première intention, on plaça le membre dans l'extension permanente pendant quatre jours. Le quarante-quatrième jour, après cette opération, le malade sortit guéri de l'hôpital, avec un raccourcissement auquel il fut aisé de remédier à l'aide d'un soulier approprié.

Autre observation de cal et de l'os.

La nommée Grâce Spinelli, de Palerme, âgée de 55 ans, d'une bonne constitution, marchande, entra à l'hôpital, le 16 novembre 1840, avec une fracture oblique au tiers supérieur du fémur droit. Il y avait eu un déplacement tel que le fragment supérieur traversait la peau. Il existait un gonflement énorme de la partie, accompagné de fièvre, avec langue rouge et aride, soif ardente, et douleurs extrême-

ment vives dans le membre, lesquelles douleurs augmentaient par l'effet des mouvemens involontaires de cette femme, qui était en état d'ivresse.

Pour prévenir les convulsions tétaniques et la gangrène, le membre fut placé dans la demi-flexion; on prescrivit une saignée du bras d'une livre, et on appliqua sur la cuisse cent sangsues, à la chute desquelles la partie fut enveloppée d'un cataplasme émollient. On donna pour boisson de la limonade tartarique, et on administra quelques laxatifs huileux. L'inflammation étant tombée, on appliqua l'appareil extensif de Boyer. Le membre fut ainsi maintenu pendant vingt-huit jours; après cet espace de temps, la malade se remua au point qu'elle dérangea son appareil qu'il fallut réappliquer. On s'aperçut alors que le cal était irrégulier et anguleux; on fit des tentatives pour le rompre, mais il résista. C'est dans ces circonstances que M. Portal dut penser à pratiquer la résection du cal.

La malade étant couchée, le chirurgien fit une incision de onze centimètres (4 pouces) à la peau; les muscles furent divisés jusqu'à l'os et le périoste incisé; ensuite on passa sous l'os la scie à chaîne, et on réséqua d'abord le fragment supérieur dans l'étendue de quatre centimètres environ (un pouce et demi), et l'inférieur dans la moitié de cette étendue. La plaie fut abstergée et réunie par première intention au moyen de bandelettes agglutinatives, après quoi le membre fut placé dans l'extension, afin d'obtenir la coaptation.

La plaie suppura le cinquième jour après l'opération; on renouvela l'appareil. On aperçut au fond de la plaie, une eschare gangréneuse que l'on pansa avec l'onguent styrax; après six jours de ce mode de pansement, l'eschare se détacha, et laissa à sa place une granulation de bon aspect. On

dut faire quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, et la plaie se cicatrisa.

Assuré que la consolidation était parfaite, on imprima au membre quelques mouvemens qui ne produisirent pas de douleurs. Alors on permit à la malade de se promener dans la cour de l'hôpital, avec des béquilles. Cinquante-six jours après l'opération, Grâce Spinelli sortit parfaitement guérie. Il y avait un raccourcissement de deux travers de doigt ; la malade ne se servait pas moins de son membre, ce qui n'aurait pas eu lieu si on ne l'avait point opéré.

URÉTHROPLASTIE PAR UN PROCÉDÉ NOUVEAU,

succès complet, par M. Ricord.

Communiqué par M. Helot, interne.

François-Jean-Marie, âgé de 26 ans, cordonnier, entra dans le service de M. Ricord, à l'hôpital des Vénériens, le 16 juin 1840.

Ce malade, à l'âge de sept ans, imagina de s'étreindre la verge avec un fil. Ce fil, fortement serré un peu en avant de la racine des bourses, amena dès le lendemain un gonflement considérable des parties voisines, au-dessous desquelles il disparut bientôt en coupant la peau. Au gonflement et à la section des tégumens lesquels se réunirent et se cicatrisèrent à mesure qu'ils se coupaient, se joignit une rétention d'urine que le malade assure avoir été complète pendant 14 jours, ce qui pourtant ne l'empêcha pas d'aller à l'école.

A cette époque, au dire du malade, l'urèthre fut divisé par le fil, et il s'écoula une très grande quantité d'urine. Ce fut alors seulement, s'il faut en croire le malade, que ses pa-

rens, qui jusque là avaient ignoré sa maladie, consultèrent le médecin ; de graves accidens, sur la nature desquels il ne sait pas trop s'expliquer, étaient survenus. Au bout de six semaines, tous les accidens locaux et généraux avaient disparu ; il ne restait plus alors qu'une cicatrice en forme de virole, étreignant la verge dans toute sa circonférence, et laissant à nu les deux bouts opposés de la partie spongieuse de l'urèthre complètement divisée.

Par suite de conditions congénitales, mais surtout comme conséquence des désordres inflammatoires et d'une gangrène partielle qui survinrent probablement alors, ainsi que l'indiquent aujourd'hui d'anciennes cicatrices, le malade est affecté d'un phimosis.

Il paraîtrait que le fil n'aurait jamais été retrouvé quelque soin qu'ait mis à le chercher le premier médecin appelé.

Depuis cette époque, le malade ne s'était plus occupé de son infirmité, avec laquelle il s'était habitué à vivre et qui n'a semblé le gêner notablement dans aucune des fonctions des organes génito-urinaires : en effet, l'émission de l'urine se fait aujourd'hui comme dans les hypospadias ; pendant les érections qui sont faciles et complètes, la verge reste parfaitement droite, seulement la partie antérieure ou balanique de l'urèthre et le gland lui-même ne semblent pas autant participer à cette turgescence qui se manifeste dans un canal normal pendant les érections. Cette portion aussi reste complètement étrangère aux sensations voluptueuses qui se trouvent ainsi limitées au bout postérieur ; de telle façon que chez ce malade la fosse naviculaire n'est plus, comme on l'a dit, l'aboutissant ou le rendez-vous des sympathies.

Ce fut dans ces conditions que le 1er janvier 1840, à la suite de rapports sexuels que le malade a droit de croire sus-

pects, il fut pris, au bout de huit jours, d'un écoulement blennorrhagique. La maladie commença d'abord par le bout postérieur de l'urèthre, et ce ne fut que quatre ou cinq jours plus tard, les orifices étant en présence et en contact que la portion antérieure du canal se prit. Alors l'écoulement eut lieu en même temps par l'orifice du bout postérieur, et par les deux orifices du bout antérieur, c'est-à-dire par le méat urinaire et par les deux ouvertures accidentelles.

Lorsque le malade fut soumis à notre observation, la matière de l'écoulement était abondante, fortement purulente; le bout postérieur ou vésical était le siège de douleurs dans l'émission de l'urine; le bout que ne traversait pas ce liquide, n'était un peu sensible qu'à la pression. Du reste les érections qui ne pouvaient pas être cordées à cause de la division du canal dans le point le plus favorable pour prévenir cet accident n'amenaient aucune douleur

Dès que les accidens aigus eurent cédé au repos, au régime, aux bains et aux boissons délayantes, on fit prendre au malade une dose journalière de 24 grammes de poudre de cubèbe. A peine quelques jours s'étaient écoulés que déjà la sécrétion morbide avait considérablement diminué du côté de la portion postérieure ou vésicale de l'urèthre; tandis que dans la portion antérieure attenante au gland, il n'avait subi aucune modification. Après six jours de l'usage du cubèbe et sans aucun autre adjuvant, l'écoulement blennorrhagique qui persistait au même état dans le bout antérieur avait complètement disparu dans le bout postérieur.

Dans cet état de choses, la même médication continuée jusqu'au 1er juillet fut alors abandonnée; on avait rien gagné dans le bout antérieur dont l'écoulement était toujours abondant. Pendant l'usage du cubèbe, on avait isolé avec soin par

l'interposition d'un linge les deux orifices accidentels du canal. Aussitôt qu'on eut permis leur rapprochement et leur contact, la matière fournie par le bout antérieur vint souiller l'ouverture postérieure, et il se fit une nouvelle infection du bout vésical qui n'était plus malade. Dès-lors on recommença le traitement du bout postérieur comme la première fois par le cubèbe. Après la guérison qui ne se fit pas attendre, pour tarir également l'écoulement du bout antérieur par où n'avait pu passer l'urine imprégnée du principe médicamenteux, on fit pendant deux jours, dans le seul bout antérieur, des injections avec le liquide suivant :

P. Eau distillée 250 grammes,

Nitrate d'argent cristallisé 10 centig.

Trois jours plus tard il n'y avait plus trace d'écoulement et la blennorrhagie était complètement guérie. Sur ces entrefaites on proposa au malade de l'opérer, de sa fistule, mais peu désireux d'une opération pratiquée, dans le but de guérir sa division accidentelle de l'urèthre, il sortit de l'hôpital.

Bientôt après, il vint demander à M. Ricord l'opération qu'il avait d'abord refusée.

Ce chirurgien, considérant les difficultés excessives que présente la guérison des fistules urinaires et plus particulièrement les fistules de la région mobile de l'urètre, où, aux conditions de mobilité et de changemens si fréquens de forme et de volume se joignent d'autres conditions de structure si défavorables; effrayé plus encore de l'action délétère, de l'urine qui devait presque nécessairement venir baigner sa construction autoplastique, s'il n'en détournait préalablement le cours, prit dès-lors la résolution de créer de toute pièce ce que la maladie avait si heureusement ébauché pour M. Ségalas.

M. Dieffenbach reconnaissant l'insuffisance des moyens ordinaires pour guérir les fistules urinaires, avait bien exprimé l'idée qu'on pourrait peut-être pratiquer une ouverture artificielle près de la vessie, pour détourner momentanément l'urine. Mais il n'osa pas définitivement recourir à ce moyen dans la crainte de voir l'ouverture artificielle persister elle-même et augmenter ainsi sans bénéfice la maladie.

On aurait pas été plus hardi que Dieffenbach, si M. Ségalas n'avait pas rencontré ce malade qui outre une large perte de substance de la région spongieuse, présentait encore d'autres trajets fistuleux, à la région périnéale; par l'un deux M. Ségalas introduisit, non sans de grandes difficultés une sonde jusque dans la vessie, détourna ainsi l'urine et obtint après plusieurs opérations la guérison de la portion membraneuse de l'urèthre. La guérison du malade fut complète au bout de quinze mois de traitement. Il n'y avait plus alors aucun trajet fistuleux et l'émission de l'urine était facile. Ce succès était encourageant. Le malade qui fait l'objet de cette observation, avait en avant des bourses, une division complète de l'urèthre qui permettait un écartement de deux centimètres et demi, environ. Le 8 novembre, M. Ricord en présence de M. Ségalas et de plusieurs autres médecins, pratiqua l'opération de la manière suivante :

Le malade fut placé sur le bord d'un lit élevé comme pour l'opération de la taille. Un cathéter à large cannelure ayant été introduit dans la vessie par l'ouverture de la moitié postérieure du canal, une incision fut faite au périnée dans la direction du raphé, d'une étendue d'environ 2 centimètres, et dont l'extrémité antérieure commençait immédiatement en arrière de la région du bulbe. Le malade était gras et for-

tement musclé. Il fallut aller chercher la région membraneuse à une grande profondeur ; elle fut divisée dans l'étendue d'un centimètre environ, après quoi on essaya d'introduire une sonde de gomme élastique, en suivant la cannelure du cathéter ; mais on fut obligé d'y renoncer. Une sonde métallique de femme fut introduite dans la vessie avec la plus grande facilité.

Aussitôt après l'avoir fixée, M. Ricord fit l'opération du phimosis par le procédé ordinaire, qui consiste dans la section simple de la partie supérieure du prépuce dans toute sa longueur. Par ce moyen, le fourreau, devenu plus mobile, devait rendre plus facile l'affrontement des bords de la fistule après l'avivement.

Les bords de la fistule furent ensuite avivés de manière à détruire au voisinage les adhérences, mais sans attaquer la totalité de la bride circulaire dont nous avons parlé plus haut, parce qu'elle n'était pas de nature à gêner l'ampliation des corps caverneux.

M. Ricord attendit, pour réunir, qu'il ne s'écoula plus de sang ; il s'assura avec grand soin que la plaie n'était point le siége de petites ecchymoses qu'il regarde comme s'opposant à la réunion immédiate.

Une bougie fut introduite par le méat urinaire et dirigée à rencontre de la sonde périnéale. Les lèvres de la plaie furent alors amenées en contact, de manière à obtenir une réunion linaire transversale et à faire ainsi disparaître l'écartement en forme de losange que présentait la plaie. La réunion se fit ensuite à l'aide de deux points de suture entortillée et de deux points de suture entrecoupée, placés alternativement.

L'opération terminée, le malade fut couché sur le dos, les

membres pelviens un peu fléchis et soutenus par des oreillers, placés sous les jarrets. Application de compresses imbibées d'eau froide; pilules opiacées camphrées; diète, boissons délayantes; le soir, la réaction fébrile était vive, on fit une saignée du bras. Le lendemain, l'urine avait bien coulé par la sonde du périnée; la plaie est baignée par de l'urine, les bords sont gonflés; le troisième jour, les sutures se détachent; pas de réunion, l'urine s'échappe par l'ouverture fistuleuse comme avant l'opération. Les bords de la fistule conservent néanmoins une direction transversale et une épaisseur qui font espérer de rendre plus heureuses de nouvelles tentatives de réunion.

Il ne s'écoulait que fort peu d'urine par la sonde du périnée, et le sixième jour, elle fut remplacée par une sonde de gomme d'un calibre plus fort, la sonde d'argent était complètement bouchée.

Le 15, un engorgement considérable se forme dans l'épaisseur des bourses; le 17, on peut faire refluer par la fistule du pus et de l'urine, en comprimant les bourses d'avant en arrière; une ouverture est pratiqué vers la partie moyenne gauche du scrotum dans le point correspondant à l'abcès urineux. Cataplasmes, diète, etc. Tous les jours des injections vésicales dans le but de nettoyer la sonde, furent pratiquées avec de l'eau tiède par la sonde périnéale. L'urine continuait à couler par la fistule, par l'ouverture de l'abcès et par la sonde périnéale. M. Ricord, voulant alors imiter complètement M. Ségalas, plaça dans le canal une bougie qu'il fit sortir par l'ouverture périnéale à côté de la sonde. L'urine, le lendemain, avait coulé plus abondamment par la fistule; le malade enleva, de lui-même, la bougie qui lui causait des douleurs intolérables; il survint en-

suite au malade une double épydidymite qui n'offrit rien de particulier.

La suppuration des bourses était complètement tarie et l'ouverture fermée; les bords de la fistule se trouvaient dans de bonnes conditions d'épaisseur. On continua à bien établir le cours de l'urine par le périnée au moyen de sondes de plus en plus grosses. L'écoulement blennorrhoïde du canal qui avait déterminé la bougie avait disparu, l'urine s'écoulait très bien par le périnée, et n'arrivait que très rarement jusqu'à la fis tule.

Le 19 janvier, une nouvelle réunion fut pratiquée au moyen de la suture entortillée, celle-ci permettant mieux l'affrontement des surfaces, les sutures entrecoupées avaient mal réussi dans la première tentative de réunion, la bougie placée dans le canal fut poussée beaucoup moins loin que la première fois dans la crainte qu'elle ne servît encore de conducteur à l'urine.

Le 22 janvier, trois jours après l'opération, les deux épingles externes sont enlevées, les deux moyennes sont laissées en place, la réunion paraît complète, pas de suppuration ; l'urine n'est pas arrivée.

Le 24 les deux dernières épingles sont enlevées, mais on remarque une petite ouverture à l'angle droit de la réunion, il en sortait un peu de pus et d'urine. La sonde du périnée fonctionnait très bien; on toucha cette petite ouverture a plusieurs reprises avec le nitrate d'argent, et le 1er février elle était cicatrisée; une autre très minime se manisfesta à l'angle gauche, celle-ci persista long-temps sous forme d'un pertuis capillaire (elle est aujourd'hui complètement fermée).

Le 12 février, trois mois et quelques jours après la première opération, la sonde du périnée fut enlevée et une pe-

tite sonde introduite dans la vessie par l'urèthre, ce qui ne fut pas très facile.

L'urine cessa de passer par la plaie du périnée, qui marcha rapidement vers la cicatrisation, qui fut obtenue complète le 2 mars 1841.

Aujourd'hui le malade est parfaitement guéri; la verge a repris sa forme et son intégrité; les érections sont faciles et régulières; l'émission de l'urine se fait d'une manière normale.

Le fait dont je viens de rapporter l'histoire est de la plus haute importance, et comme application chirurgicale, et comme fournissant des données incontestables touchant le mode d'action des préparations balsamiques (1).

(1) Ce fait, celui de M. Ségalas (*Lettre à M. Dieffenbach, sur une uréthroplastie*, Paris, 1840, in-8, avec 3 pl.) et celui de Dieffenbach sont trois beaux succès de l'anuplastie, appliquée à l'urèthre. Nous ferons connaître un jour les rapports qu'ils ont et les conséquences qu'on peut en tirer.

(*Note du Rédacteur.*)

REVUE CHIRURGICALE.

Hémorrhagies à la suite de l'opération pour le bégaiement.

Il n'est bruit dans le monde médical que du malheur arrivé à M. Dieffenbach qui a vu périr d'hémorrhagie un étudiant de Berlin qu'il avait opéré. Cet accident n'étonnera pas ceux qui ont lu avec attention le travail de M. Dieffenbach dans ce journal, t. 1, p. 420, travail renfermant des procédés, des faits qui nous ont inspiré des craintes et des méfiances que nous avons laissé entrevoir dans une note finale.

Un fait qui se rapproche de celui de Dieffenbach vient de se passer à l'hôpital des enfans. La section du génio-glosse pratiquée par M. Guersant a donné lieu à une hémorrhagie qui a compromis les jours d'un enfant de douze ans. Cette hémorrhagie a eu une opiniâtreté effrayante.

« Ce fait, dit M. Guersant, doit être d'un grand enseignement pour tout le monde. Dans l'intérêt de l'humanité, il doit avoir le plus de publicité possible, quels que soient les mécomptes que les charlatans peuvent y trouver. Si les succès que l'on proclame si haut engagent trop facilement les sujets à se faire opérer, ceux-ci trouveront un frein salutaire à leurs désirs en apprenant que l'opération peut être suivie d'accidens graves. »

On le voit, cette opération qui paraît si simple, pratiquée par une main habile avec les précautions convenables, est suivie d'un accident qui a failli devenir mortel ; que sera-ce si des mains peu expérimentées, dirigées par un esprit d'industrialisme entreprennent ces opérations sans indication

suffisante, sans méthode arrêtée sans soins préalables ni consécutifs! que sera-ce si on continue de faire promener les opérés encore tout saignans d'une académie à l'autre!

JOURNAUX FRANÇAIS.

Luxations du radius.

Les luxations du radius sont très rares; leur mécanisme est difficile à comprendre; il paraît qu'il est très difficile à expliquer. Il règne aussi de l'obscurité dans le traitement de ces luxations. C'est ce qui nous engage à publiér deux observations insérées, par M. Danyau, dans les *Archives de médecine*. Par une circonstance bien singulière, que tous les praticiens ont notée sans pouvoir l'expliquer, cette maladie si rare, comme je l'ai déjà dit, s'est présentée deux fois à l'observation du même chirurgien en moins de quinze jours!

A ces deux observations, nous pourrons en ajouter deux autres insérées par M. Rendu dans la *Gazette médicale*, elles n'ont peut-être pas le même degré d'exactitude, mais elles feront de cet article une source d'instruction pour le praticien.

Obs. I. Le 23 septembre 1837, le docteur A..., m'amena le jeune L..., âgé de 11 ans, qui avait fait une chute sur le coude droit cinq semaines auparavant. Cette chute avait été suivie de gonflement de l'articulation et de gêne dans les mouvemens. La tuméfaction avait disparu à-peu-près complètement, la gêne des mouvemens persistait, et M. A... me priait d'examiner le membre et de donner mon avis sur les moyens de rendre à l'articulation sa mobilité.

A la première vue, je reconnus une luxation de l'extrémité supérieure du radius en arrière; la saillie formée par l'extrémité osseuse était assez superficiellement placée pour qu'on pût à travers les parties molles, en reconnaître la forme; le doigt s'enfonçait dans la dépression supérieure, et sentait facilement le bord arrondi, sur lequel se continue le cartilage et la surface articu-

laire. Il était manifeste qu'il y avait peu, ou peut-être même qu'il n'y avait point de déformation de l'extrémité luxée. Alors même que la situation de cette saillie et l'appréciation facile de sa forme ne m'auraient pas convaincu qu'elle ne pouvait être formée que par l'extrémité supérieure du radius, un autre signe aurait levé tous mes doutes, si j'avais pu en avoir. Les mouvemens de pronation et de supination imprimés à la main, se communiquaient parfaitement à la saillie osseuse supérieure, et mon pouce, appliqué sur elle, percevait cette correspondance avec une netteté qui ne pouvait me laisser d'incertitude. Enfin lorsque l'index, partant de l'extrémité inférieure du radius, suivait cet os dans toute sa longueur, cet examen le conduisait jusqu'à la saillie anormale située en arrière et en dehors du coude. Rien n'indiquait d'ailleurs que l'os eût subi, dans quelque point de son étendue, la moindre solution de continuité.

Un peu de gonflement persistait encore autour de l'articulation du coude; cette articulation était demi fléchie. Le malade ne pouvait spontanément porter l'avant-bras droit dans la flexion ou l'extension complète, et les tentatives faites pour opérer ces mouvemens étaient douloureuses. La main, dans la pronation presque complète, ne pouvait être, par la volonté du malade, porté dans la supination. Tout effort dans ce sens ne produisait un léger renversement de la main en dehors que par un mouvement de rotation dans l'articulation scapulo-humérale.

L'indication était évidente; la réduction devait être tentée. Je fis un premier essai avec M. A..., qui pratiquait la contre-extension, tandis que, faisant l'extension de la main droite, j'essayais avec le pouce de la main gauche de repousser la tête du radius. Cette première tentative n'amena point de résultat, mais me donna pourtant l'assurance que la résistance ne serait pas invincible. Je me disposais donc à faire venir une seconde personne qui me secondât dans la manœuvre, lorsque le hasard amena mon père dans mon cabinet. Après avoir constaté, comme moi, l'existence de la luxation, il voulut bien se charger de l'extension dans les tentatives que je me préparais à renouveler. Nos efforts réunis n'amenèrent d'abord que la déchirure de quelques brides celluleuses et fibreuses, rudimens d'une capsule nouvelle formée autour de la tête du radius. Aussi cette extrémité devint-elle beaucoup plus mobile. Après quelque instans de repos accordés au jeune malade, qui, pusillanime d'abord, avait fini par montrer beaucoup de courage, l'opération recommença, M. A... faisant la contre-extension, mon père exerçant l'extension et portant la main et l'avant-bras dans la plus grande supination

possible, tandis que je repoussais la tête du radius en avant avec mes deux pouces. Une réduction partielle fut obtenue. A la troisième tentative, la tête du radius rentra complètement; la pression exercée sur elle ayant cessé, elle ressortit immédiatement avec bruit, mais fut aussitôt et sans peine repoussée à sa place.

Je n'osai mettre, pour le premier pansement, le membre dans la flexion, à cause de la tendance de la luxation à se reproduire dans cette position. Je maintins le membre dans l'extension, l'avant-bras dans une position moyenne entre la pronation et la supination. Une compresse carrée très épaisse fut appliquée sur la tête du radius, en arrière et en dehors, afin de s'opposer à son déplacement, et maintenue par quelques tours de bande jetés autour de l'articulation du coude. Une attelle de carton fut placée en avant, une autre en arrière; toutes deux maintenues par de nouveaux circulaires. Le bandage roulé fut étendu à tout l'avant-bras et à la main.

Les jours suivans, je fus obligé de remédier à une tendance continuelle au déplacement, et je n'y parvins qu'en plaçant le membre dans la plus grande extension possible, et l'y maintenant par une attelle fixée à sa face antérieure. En même temps je repoussais la tête du radius à l'aide de compresses graduées disposées en cône.

Au bout de quelques jours, la luxation ne se reproduisait plus, et j'amenai graduellement le membre à un état de demi-flexion; mais remarquant que, dans cette position, malgré une compression constante exercée en arrière sur la tête du radius, une très petite saillie de cette extrémité osseuse persistait, je ramenai, pendant quelques jours, le membre dans l'extension, puis supprimant toute espèce d'appareil, je commençai à faire exécuter des mouvemens d'abord de pronation et de supination, puis de flexion et d'extension alternatives à l'articulation, qui, maintenue pendant si long-temps immobile, conserva pendant plusieurs mois de la raideur. Des bains prolongés, et surtout des mouvemens fréquemment répétés, finirent par rendre à l'avant-bras la plénitude de tous ses mouvemens.

Obs. II. Le 17 octobre 1837, madame E. F. m'amena sa petite fille, âgée de 3 ans, charmante enfant forte et fraiche, qui avait, assurait-on, un os du bras gauche déplacé.

Pendant qu'on déshabillait l'enfant, remarquant la facilité avec laquelle elle remuait le bras dans tous les sens, j'exprimais à la mère mes doutes sur l'existence d'un déplacement quelconque. Ces doutes ne furent même pas dis-

sipés tout de suite lorsque, le bras ayant été complètement mis à nu, je vis l'enfant l'agiter dans tous les sens avec la plus grande aisance.

Pourtant, lorsqu'en suivant les indications de la mère, je plaçai le pouce de la main droite dans le pli du coude, je sentis sans peine une saillie osseuse, que je ne tardai pas à reconnaître pour l'extrémité supérieure du radius complètement luxée en avant. Je n'en attachai que plus d'importance à bien constater la facilité et l'étendue des mouvemens exécutés par cette enfant. Ceux de rotation du radius sur le cubitus, supination et pronation, avaient malgré le déplacement indiqué, toute l'étendue, toute la liberté propres à une articulation parfaitement saine. L'extension de l'avant-bras sur le bras était aussi complète que possible; le seul mouvement, je ne dis pas gêné, mais un peu borné, était la flexion. Il n'y avait pas le plus léger engorgement autour de l'articulation. A la partie postérieure de l'avant-bras, on remarquait une légère dépression supérieurement au niveau du radius.

En définitive, il ne résultait de la luxation persistante qu'un peu d'obstacle à la flexion extrême de l'avant-bras sur le bras et une légère difformité apparente seulement dans l'extension la plus complète.

Voici ce qu'on me raconta de l'accident qui était arrivé deux mois auparavant: le frère de cette petite fille, âgé de 5 à 6 ans, était debout sur un banc. Voulant la faire monter auprès de lui, il l'avait enlevée par la main fortement portée dans la supination. Une vive douleur avec gonflement assez considérable autour du coude et gêne légère dans les mouvemens avaient été la conséquence de cette traction. La saillie osseuse n'avait point été reconnue alors, et la liberté des mouvemens s'étant promptement rétablie, tout soupçon du luxation avait été écarté. Ce ne fut qu'après la disparition complète du gonflement qu'on reconnut le déplacement.

Je tentai la réduction de cette luxation. Je fis exercer de douces et progressives tractions sur la main portée dans la pronation, en même temps que je repoussais la tête du radius avec le pouce. Je crus que la réduction s'était opérée; au moins je cessai de sentir la saillie formée par la tête de l'os, et je pus, ce qui était impossible auparavant, porter l'avant-bras dans la flexion la plus complète. J'y maintins le membre, que je fixai avec une bande contre le tronc, recommandant de le laisser dans cette position pendant un mois. Au bout de ce temps l'enfant, qui avait été conduit à la campagne, me fut ramené. J'enlevai l'appareil, et j'eus le désappointement de trouver les choses dans l'état où elles étaient avant mes tentatives. M'étais-je abusé en pensant qu'il y avait réduction? La luxation réellement réduite s'était-elle re-

produite ? Je l'ignore. Le mal me parut à-peu-près sans ressource. Je tentai pendant quelque temps, après avoir porté le membre dans la supination, de repousser graduellement par un appareil compressif le radius en arrière. Je n'obtins rien, et je dus dès-lors renoncer à des efforts désormais sans résultat. Je m'y décidai avec moins de regret, en songeant que la persistance de la luxation n'entraînait point ou presque point de gêne dans les mouvemens, et qu'un peu de difformité était la seule circonstance fâcheuse qu'il y eût à déplorer après un accident qui aurait pu avoir des suites plus graves.

Cette observation me paraît curieuse sous ce rapport que la luxation en avant si propre à gêner, au moins pour un temps considérable, les mouvemens les plus nécessaires de l'avant-bras, la pronation et la supination, les avait laissés ici complètement libres. Il est à présumer que le temps amènera dans le volume de la tête du radius quelques changemens qui permettront à la flexion de s'opérer complètement, et qu'il en sera de cette enfant comme de ce jeune garçon dont parle Liston, qui, observé huit ans après un accident du même genre, fléchissait l'avant-bras, au point que l'extrémité des doigts pouvait toucher le moignon de l'épaule.

Je ne possède aucune pièce relative à la luxation de l'extrémité supérieure du radius en arrière. Mon ancien condisciple, M. le docteur Loir, en avait rencontré deux sur le même cadavre. Ces pièces, sur lesquelles on voit les têtes des radius fort diminuées de volume, faisaient, il y a quelques années, partie du petit musée de l'Hôtel-Dieu. Je conserve un exemple de luxation en avant, de celle précisément que Boyer ne croyait pas possible. La pièce m'a été donnée, il y a quelques années, par mon collègue et ami M. le docteur Ménière, qui l'avait trouvée sur le cadavre d'un jeune homme de dix-neuf ans.

Sans m'appesantir sur toutes les particularités de cette pièce, je signalerai les dispositions suivantes :

1° La tête du radius a conservé un volume considérable. Peut-être la luxation n'était-elle pas encore très ancienne. Nous manquons absolument de détails sur l'accident ;

2° Elle est déformée en arrière et présente sur cette partie surbaissée de sa circonférence une surface triangulaire recouverte d'un cartilage rugueux qu'on retrouve aussi sur la partie de l'humérus (la petite tête) avec laquelle elle est en contact ;

3° Ces deux surfaces glissent facilement l'une sur l'autre dans l'extension

et dans la flexion; mais elles sont disposées de manière à ne permettre que très peu de mobilité dans le sens de la pronation et de la supination;

4° La position et le volume considérable de la tête du radius devaient rendre impossible la flexion complète;

5° La position habituelle de l'avant-bras devait être une demi-pronation ou une supination modérée;

6° Le ligament annulaire du radius paraît avoir plutôt subi une élongation qu'une déchirure; ce qui confirmerait l'opinion de M. le professeur Gerdy, qui avance, contrairement à Astley Cooper, Liston et autres, que ce ligament est allongé et non pas déchiré dans la luxation en avant.

Obs. I *par M. Rendu.* — En 1836, étant de garde à l'Hôtel-Dieu de Paris, où je remplissais les fonctions d'élève interne, je fus mandé pour examiner le bras de la fille d'un employé de la maison. J'appris que cette enfant, âgée de 2 ans environ, étant sur le point de tomber, fut retenue vivement par la personne qui lui donnait la main, et qu'au même instant elle jeta des cris qui duraient encore au moment où je la vis. L'avant-bras du côté gauche était à demi fléchi sur le bras, et la main, fléchie sur l'avant-bras, avait son bord externe légèrement incliné sur le radius; la face dorsale du poignet était œdémateuse et très douloureuse, la petite fille y portait fréquemment la main droite et jetait les hauts cris dès que je voulais y toucher.

Je fus frappé tout d'abord de l'analogie de ces signes avec ceux d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius. J'interrogeai la bonne de l'enfant, qui était présente au moment de l'accident, pour savoir si aucune chute n'avait été faite, et bien qu'on m'affirmât que non, et que je n'en visse aucune trace sur la main de l'enfant, je cherchais cependant à constater l'existence d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius, ou d'un décollement de l'épiphyse. Dès que je saisis le poignet, l'enfant jeta de grands cris, qui redoublèrent dans les légers mouvemens que je fis exécuter pour reconnaître la crépitation; dans un mouvement un peu forcé de supination, je sentis tout-à-coup un choc analogue à celui d'une tête osseuse qui rentre dans une cavité; ce choc s'était passé dans la région du coude, et je reconnus alors que j'avais eu affaire à ce que l'on nomme une luxation de l'extrémité supérieure du radius en arrière. Je plaçai un petit bandage en 8 de chiffre autour du coude; l'avant-bras fut maintenu en écharpe, et la petite malade recouvra sa gaîté en cessant de souffrir. L'accident ne s'est pas reproduit depuis.

En réfléchissant aux signes fournis par l'accident dont je n'avais pas soupçonné la nature, je fus frappé du contraste que présentait, sous le rapport de la douleur, le coude, siége de la maladie et le poignet si distant du point malade; mais mon attention n'ayant point du tout été fixée sur le coude, je ne puis rien dire de l'état physique dans lequel se trouvait cette partie pendant l'accident. Je me promis alors de bien constater l'état du coude, si un cas semblable se présentait à mon observation.

Deux années s'écoulèrent sans qu'il me fût donné de voir un accident de ce genre; mais à la fin de 1839, étant de garde à l'hôpital de la Charité, où j'étais élève interne, je fus mandé pour examiner le bras de la fille d'un des premiers magistrats de Paris.

Obs. I *par M. Rendu.* — La petite malade, âgée de 18 mois, jouait avec une grande personne qui la faisait sauter en la tenant par les deux mains, lorsque tout-à-coup elle poussa de grands cris et ne cessa de se plaindre en montrant sa main gauche.

Lors de mon arrivée, la désolation était générale dans la famille; j'examinai l'enfant et je fus frappé de l'analogie qui existait entre les signes que j'avais observés deux ans auparavant sur l'enfant de l'Hôtel-Dieu et ceux que je voyais en ce moment; mais cette fois, moins novice que la première, je rassurai la famille sur le peu de gravité de l'accident et promis d'y porter promptement un remède efficace. Mais avant de faire la réduction, je voulus profiter de cette occasion pour bien constater l'état des saillies osseuses.

J'examinai le coude avec attention; je sentis parfaitement, malgré la rondeur des formes de la petite malade, les saillies osseuses qui s'observent de chaque côté de l'extrémité inférieure de l'humérus; je marquai la place de l'olécrâne, mais je cherchai en vain la saillie que devait former la tête du radius que je supposais luxée en arrière.

Pendant la durée de ces recherches, la petite malade ne poussa pas un cris, elle était occupée d'images que lui montrait une de ses sœurs. L'examen du coude fait, je pris le poignet, et de suite les cris recommencèrent, bien que l'instant d'avant la petite malade fût tout occupée de ses images. Tenant le poignet de la main droite, je saisis le coude de la gauche, et faisant exécuter à la main de la petite malade un mouvement de supination, je sentis manifestement à l'extrémité supérieure de l'avant-bras le choc qui m'indiqua le retour des parties à leur état normal. Pendant la courte durée de cette manœuvre, la petite malade ne cessa de jeter les hauts cris, mais

une fois les parties replacées, toute douleur cessa, et avec elle les plaintes; j'eus même un véritable succès auprès de la petite malade qui, toute contente de ne plus souffrir, agitait la main en signe de joie et cherchait, par ses caresses, à me témoigner sa satisfaction. J'appris quelques jours plus tard que l'accident ne s'était pas reproduit et n'avait point eu de suites.

Ici, comme dans le premier cas, je fus frappé de deux circonstances, absence de douleur dans la région du coude, œdème et douleur à la face dorsale du poignet. De plus, bien que j'aie apporté beaucoup de soin à l'examen du coude, il m'avait été impossible de constater la présence de l'extrémité supérieure du radius; saillie qu'il eût été facile de reconnaître si, comme on le dit, il y a dans le cas de ce genre luxation de l'extrémité supérieure du radius, en arrière.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

Anévrysme variqueux de l'artère fémorale ; opération par Horner, professeur d'anatomie.

Un homme âgé de trente ans, robuste, d'une taille élevée, fut blessé à la cuisse gauche par une balle partie d'un pistolet que le malade portait sous sa veste. Le projectile pénétra dans la cuisse à deux pouces au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et un peu en dedans de cette éminence, en passant assez près de l'arcade crurale, et sortit au côté interne de la cuisse et au-dessous du scrotum.

La plaie fut suivie d'une hémorrhagie abondante; le malade s'évanouit et resta presque sans connaissance jusqu'au lendemain. La cuisse se gonfla; il y avait de l'engourdissement accompagné d'écoulement de sang de temps à autre.

Le 8 juillet (1837), on remarqua à la cuisse gauche, au-dessous de l'arcade crurale, sur le trajet des vaisseaux, une tumeur offrant des pulsations très fortes; cette tumeur avait à-peu-près deux pouces dans son diamètre transverse, et sa longueur n'était pas facile à déterminer. Les pulsations se trouvaient arrêtées par la compression de l'artère au-dessus de la tumeur; il en était de même lorsqu'on exerçait une compression sur le point correspondant au trajet de l'artère; la veine fémorale était plus volumineuse à son passage sous l'arcade crurale, et, dans ce point, elle était le siége de pulsations. Les veines des

jambes étaient peu volumineuses : la saphène était à peine appréciable. La main apercevait dans la tumeur le frémissement ordinaire aux anévrysmes variqueux ; le stétoscope nous donnait la sensation d'un bruit semblable à celui produit par une chute d'eau, par une roue de moulin, intremêlé d'un bruit de rouet ou d'un bruit cataire. Cette partie est très sensible à la moindre pression ; les extrémités sont insensibles, et le malade se tient couché sur le dos, la cuisse dans un état de flexion et d'abduction, afin de relâcher un peu la région malade.

On sent à l'épigastre une assez forte pulsation qui s'étend jusqu'à l'ombilic. Dans la veine fémorale, du côté droit, près de l'arcade crurale, on reconnaît une espèce de pulsation ou d'ondulation, il est probable que ces pulsations proviennent du passage du sang artériel dans les veines, et se continuent jusque dans la veine cave. Le malade est dans un état de maigreur très grand.

Le 11, M. Harris, aidé du docteur Horner, lia l'artère fémorale immédiatement au-dessous du ligament de Poupart : les pulsations cessèrent aussitôt après l'opération, et dans la tumeur, et dans la région épigastrique, ainsi que dans la veine fémorale, du côté opposé. Le pouls est beaucoup plus ferme.

Dans l'après-midi et dans la soirée, le malade a été très excité, ne pouvant reposer, à cause d'une douleur assez forte qui se promenait dans les différentes parties du membre, et s'arrêtait à l'incision, où elle occasionait au malade une sensation comme si on lui déchiraît quelque chose. La température du membre avait diminuée ; la jambe et le tiers inférieur de la cuisse tombent en gangrène. Le 18, la gangrène continue à faire des progrès, et le 20, elle atteignait presque la région inguinale ; le scrotum est bientôt envahi par la mortification, qui gagne toujours en étendue. Le 26, on prend le parti de couper la cuisse au milieu des parties mortes, afin de débarrasser le malade de ce foyer d'infection. Le 30, le sphacèle semble s'arrêter.

2 août, 22 jours après l'opération, on jugea convenable d'enlever les ligatures. On remarque alors une tumeur sphérique ayant un pouce et demi de diamètre très sensible, blanchâtre et sans pulsation. Je me suis demandé si cette tumeur appartenait aux vaisseaux, si elle était formée par un kyste contenant du pus, ou bien si elle était constituée dans l'épaisseur du nerf fémoral.

3. Je me suis décidé à explorer cette tumeur afin d'en connaître la nature, et dans ce but je l'ai isolé en dedans d'une masse de muscles sphacelés, et ensuite j'y fis une ponction exploratrice qui fut suivie d'un jet de sang

artériel; j'ai placé de suite mon doigt sur l'ouverture afin d'arrêter l'hémorrhagie. Dans le premier moment j'ai cru que j'avais enlevé trop tôt les fils qui entouraient l'artère, mais j'ai dû rejeter cette idée par la raison que l'écoulement du sang ne s'arrêtait pas par la compression de l'artère à la partie supérieure de la tumeur. J'ai donc pensé que le sang devait provenir de la circulation collatérale, je me suis décidé à explorer les parties environnantes et à jeter des ligatures partout où je le jugerais convenable. J'incisai dans ce but une partie des tissus vivans au-devant des vaisseaux, et j'ai alors acquis la conviction que la tumeur était constituée par le sac anévrysmal, et que la maladie avait paru de nouveau après la ligature. J'ai de plus rencontré attenant au sac anévrysmal une espèce de proéminence mince hémisphérique d'un demi-pouce de diamètre accompagnée de fortes pulsations; cette tumeur se rompit et saigna beaucoup. Dès-lors j'ai pratiqué une ligature en masse de tout ce qui se trouvait en contact avec le sac; les parties étaient si altérées que tous les rapports devaient se trouver changés; j'ai donc placé une ligature dans la direction des vaisseaux fémoraux, une autre dans la direction du fémur, une troisième du côté du pubis, et enfin une dernière entre la face postérieure de la tumeur et le petit trochanter. Cette dernière fut placée, d'après l'avis du docteur Goddard, qui pendant l'opération comprimait la tumeur et empêchait, par conséquent, le sang de couler et le malade de nous mourir entre les mains. Ces ligatures furent suivies d'un écoulement de sang, ce qui me porta à penser que le fil avait coupé l'artère. Mais le sang s'arrêta dès le moment que les autres ligatures furent placées, ce qui me donna la certitude que le sang écoulé provenait de la circulation collatérale, et non pas de la circulation directe; ce qui, au reste, fut plus tard démontré par l'autopsie. Je raisonnais ici plutôt par analogie, car la disposition des parties ne me permettait pas d'avoir une certitude; je pense donc que, dans ma première ponction, c'est la veine augmentée de volume qui fut ouverte, et que cette protubérance, qui s'est rompue plus tard, était le sac anévrysmal; le jet de sang le plus considérable, provenait surtout de la tumeur; les orifices qui laissaient communiquer les deux vaisseaux étaient restés ouverts. Dans l'après-midi, le malade perdit encore beaucoup de sang. Le docteur Horner fut obligé de défaire l'appareil et de lier quelques petits vaisseaux. Le malade était presque mourant; le 4, il éprouvait pendant la déglutition une douleur au côté droit du pharynx; le 7 il avait des sueurs très abondantes.

8. L'extrémité de trois nerfs enflammés sont à découvert: ce sont le

sciatique, l'obturateur et le crural ; ce qui cause au malade des douleurs très vives au moindre attouchement. La peau du sacrum se sphacèle, le malade ressent des douleurs dans l'épaule et dans la hanche.

9. On trouve un peu de sang sans qu'on sache d'où il provient.

10. La veine fémorale s'ouvre et donne lieu à une hémorrhagie pendant la nuit; le malade meurt dans la matinée du 12.

Autopsie. Le fémur est nécrosé dans toute sa longueur, jusqu'aux éphyphyses. L'os étant scié, on remarque dans son tissu une ligne noirâtre qui sépare la partie saine de la partie morte de l'os. Le tissu spongieux semblait avoir suppuré. On rencontre du pus dans la cavité cotyloïde, la membrane synoviale était noire; une partie du cartilage d'incrustation de la tête du fémur était amincie, et l'autre partie était complètement détruite; le ligament capsulaire est sain, l'artère fémorale, au-dessus de la première ligature était convertie en une espèce de cul-de-sac, dont le fond épais est rempli par un caillot fibrineux qui adhérait à ses parois dans l'étendue de trois lignes et se termine à l'origine d'un petit vaisseau. Ce caillot se continuait encore dans l'intérieur de l'artère avec un filament fibrineux. Dans le point où la ligature avait été placée, l'artère se trouvait coupée par elle et le vaisseau semblait être dilaté en se continuant avec la plaie faite par la balle. Le reste de l'artère, dans sa partie inférieure, est perméable au sang. Ses parois sont un peu épaissies.

La veine fémorale était ouverte au-dessous. Un stylet fut passé dans sa cavité; il pénétra sans obstacle jusque dans la veine iliaque. Cette dernière aussi bien que la veine fémorale se trouvait enveloppée par une masse de fibrine qui adhérait aux parois des vaisseaux et aux aponévroses. La tunique externe de l'artère et de la veine iliaque étaient dures et épaissies, et la tunique interne avait encore des taches colorées et couvertes d'une lymphe coagulée. On rencontrait dans la veine cave, dans l'étendue de deux pouces, des taches semblables offrant l'aspect des plaques de Peyer; quelques ganglions lymphatiques suppurés se rencontraient dans le trajet des vaisseaux iliaques.

(*Edinb. Monthly. journ. Medico-chirurgical. Review*, avril 1841, p. 564.)

Rupture de la trompe de Fallope par l'accumulation du sang menstruel, par William Munk.

Dans la matinée du 24 octobre 1827 je fus prié de me rendre auprès d'une fille âgée de 18 ans, laquelle au moment de mon arrivée était presque

à l'agonie. Voici son état. Son pouls est rapide, mais à peine perceptible; la peau froide est couverte d'une sueur visqueuse, un peu de délire marmotant; face hypocratique, râle trachéal, évacuations involontaires, mort peu d'heures après.

J'ai depuis appris que cette fille n'avait jamais été réglée et qu'à l'époque où les organes générateurs prennent un développement plus marqué, et un surcroît d'activité, il y a près de 18 mois, elle se plaignait de maux de tête, de douleurs dans les reins et dans les membres, en même temps qu'elle éprouvait du froid aux extrémités, accompagné d'un sentiment de fatigue dans la région pelvienne et quelques douleurs dans cette partie. Ces symptômes disparurent au bout de quelque temps, revinrent de nouveau 5 ou 6 semaines après; cessèrent et revinrent encore une autre fois; à cette époque ils durèrent 3 à 4 mois; à chaque nouvelle période leur durée était plus longue et ils devenaient plus intenses jusqu'à ce qu'il y eût une diminution imparfaite et à peine marquée, de façon qu'à la fin on n'observait plus d'intermittence, mais on remarquait des exacerbations toutes les 4 ou 5 semaines.

Au mois de janvier la partie inférieure de l'abdomen augmenta de volume, il y avait de plus une douleur profonde dans le bassin; alors tous les symptômes s'aggravèrent et furent accompagnés de vomissemens; la malade continue, cependant ses occupations en prenant quelques médicamens, qui lui furent ordonnés par un médecin, et que je pense être des préparations ferrugineuses.

Le vendredi 20, le malade sent que quelque chose se répandait dans *son intérieur;* le gonflement ainsi que la douleur tensive qu'elle éprouvait dans l'abdomen s'arrêtent; elle se plaint cependant d'une douleur profonde dans le ventre, douleur qui devient le lendemain très intense au point de ne point permettre l'application de la main sur cette partie. La peau est chaude, la tête douloureuse, les genoux sont fléchis sur le ventre, difficulté de respirer, les traits de la face sont contractés, nausées, vomissemens, douleurs en urinant; cet état continue pendant le lundi et le mardi, jour de sa mort.

Autopsie 26 heures après la mort. Je fus surpris de rencontrer dans la cavité de l'abdomen, une grande quantité d'un fluide noirâtre ayant les caractères du sang. La quantité de ce fluide s'élevait de 12 à 14 onces; le péritoine était d'une couleur rougeâtre, et cette couleur dépendait du contact du sang avec cette membrane; dans quelques points elle offrait une vascularité beaucoup plus développée, et même des fausses membranes: dans le premier

moment il ne m'a pas été possible de reconnaître la source de cette hémorrhagie. Le volume de l'utérus attira mon attention ; sa cavité était pleine d'un fluide semblable à celui qui était épanché dans la cavité du péritoine ; son volume égalait le grosseur du poing et les parois étaient flasques. La trompe de Fallope du côté gauche est très distendue, au point qu'il est possible d'y passer le petit doigt. Près du morceau frangé, on remarque une fissure ayant près de deux lignes de longueur et dont les bords sont déchirés. C'est à travers cette fissure que le sang passa de la trompe dans l'abdomen. La membrane interne de l'utérus est d'un aspect rougeâtre ; le col de cet organe est oblitéré par suite de l'adhérence qu'ont contractée ses deux parois par le moyen d'une cicatrice solide, ayant à-peu-près la longueur d'un pouce à un pouce et demi et formée d'une substance dure et comme cartilagineuse ; je n'ai pas trouvé d'hymen.

(*London, Medic. gazette*, mars 1841, vol. 1, pag. 868).

Opération du strabisme par MM. Melchior, Lucas, Duffin, de Ammon, Calder, Elliot et Radclyffe Hall (1).

Nous empruntons au journal *British and foreign medical Review* l'analyse des points principaux qui renferment chacune de ces publications.

Les formes principales qu'on observe dans cette affection se groupent sous quatre chefs principaux : 1° strabisme convergent ; 2° strabisme divergent ; 3° strabisme supérieur ; 4° strabisme inférieur. De ces quatre formes, la première est sans contredit la plus commune. M. Hall a noté sur 200 cas de strabisme observés par lui, 168 de strabisme divergent d'un seul côté, 19 de strabisme convergent affectant les deux yeux. Sur 129 cas observés par M. Liston, 119 appartenaient à la première catégorie et affectaient un seul œil. Sur 61 cas notés par Melchior, 47 appartenaient à la première série.

Le strabisme divergent est beaucoup plus rare. Sur près de 500 cas observés par Duffin, il n'y avait que 23 cas de strabisme divergent. Guthrie croit que cette seconde catégorie se trouve avec le première dans la proportion de 1 : 30. Sur le nombre de cas de strabisme déjà indiqué par Melchior, il ne

(1) De strabismo dissertatio, etc., par de Nath Gers Melchior, Hauniæ. 1839.
A practical treatice on the cure of strabismus, B. Lucas, London, 1840.
Die Behandlung des schielens durch den Muskelsnitt. D. F. A. von Ammon, Leipsig, 1840.
Practical hints on the cure of squinting, W. Grant Calder, London, 1840.
Division of both internal, recti Thomas Elliot. 1840, London. Some remarks on strabismus, Radlyffe Hall, 1841.




se rencontra que 6 cas de la seconde espèce. Dans le nombre donné par Liston, il y avait 2 cas de strabisme divergent. M. Lucas, à son tour, n'a rencontré qu'un seul exemple sur 100 observés par lui. On voit déjà, d'après le nombre cité, que cette seconde espèce est de beaucoup moins nombreuse que la première.

Les strabismes supérieur et inférieur sont beaucoup plus rares. Sur 61 cas notés par Melchior, il s'en est trouvé 4 appartenant à cette catégorie.

Indépendamment de ces quatre espèces de strabisme que nous venons d'indiquer, il arrive quelquefois que l'œil tourne dans une direction intermédiaire, soit en haut ou en bas, de façon que dans ces cas il peut devenir convergent *supère* ou convergent *infère*.

Presque toujours cette difformité affecte un seul côté; l'œil du côté gauche est celui où on en a observé le plus grand nombre. Dans les 61 cas de Melchior, 27 étaient du côté gauche et 24 du côté droit. Dans les 200 cas observés par Hall, 110 appartenaient à l'œil gauche et 71 à l'œil du côté droit.

Le strabisme convergent étant la forme la plus commune, nous devons faire remarquer que, dans ce cas, la cornée étant tournée fortement en dedans, peut cependant regarder dans une direction normale, dès le moment que l'œil sain se trouve fermé; elle reprend de nouveau sa position lorsqu'on cesse de tenir fermé l'œil du côté opposé; dans quelques cas, il arrive que l'œil sain, et qu'on tient couvert, louche, tandis que l'œil malade regarde dans une direction convenable. Cette remarque avait déjà été faite par Fisher, en 1781, dans un travail sur la théorie de Buffon, sur le strabisme, et par Purking, dans un livre intitulé : *Observation sur la Physiologie des sens*, Berlin, 1825. Cette remarque acquiert une importance pratique assez grande surtout, si on se rappelle que, d'après l'observation de Lucas, l'œil sain devient quelquefois louche après l'opération.

La vision, chez les strabiques, est généralement moins parfaite; quelquefois même il y a diplopie, et, suivant la remarque de M. Alison, si les malades font bien attention aux objets qu'ils regardent, ils s'aperçoivent que la vision est beaucoup plus faible dans l'œil strabique.

Quelquefois aussi, les individus ont quelque défaut dans la vision, et dans ces cas le strabisme peut en être la conséquence. Il peut se faire que la vision étant plus faible d'un côté, et l'œil opéré acquérant une force beaucoup plus grande, oblige l'organe non opéré à se cacher dans l'angle interne, afin d'échapper à la diplopie qui serait le résultat de cette différence dans la vision. M. Duffin pense, au contraire, que cette différence est souvent le

résultat du strabisme, et que 99 sur 100 les choses se passent toujours ainsi.

M. Mackenzie croit que la cause du strabisme est due à une affection des muscles de l'œil. On a pensé aussi que le strabisme, continué pendant long-temps, pouvait donner lieu à quelques modifications dans les élémens anatomiques constituant l'œil ou la cavité de l'orbite. Rossi a fait l'autopsie d'individus strabiques, chez lesquels la cavité orbitaire n'était pas dans son état normal. Il y avait une obliquité plus grande dans l'axe de la cavité, soit en dedans, en dehors ou en haut; dans un seul cas, il trouva une insertion anormale des muscles de l'œil. Midlemore dit avoir, dans un cas de strabisme divergent, rencontré le muscle droit externe beaucoup plus volumineux que dans l'état normal.

M. Guthrie ainsi que M. Lucas pensent que dans quelques cas, les muscles sont hypertrophiés, et alors non-seulement le volume en est augmenté, mais aussi la vascularité. Le docteur Ammon fait remarquer, que dans le strabisme, la conjonctive offre des particularités importantes à noter : ainsi il signale l'épaississement de cette membrane; dans ces cas, elle offre une pâleur très grande et un état de sécheresse plus marquée, enfin un épaississement produit par l'hypertrophie des tissus subjacens; selon lui, il existe quelquefois des brides épaissies allant de la sclérotique au bord interne de l'orbite, disposition pathologique qu'il considère comme fréquente.

Dans le strabisme divergent on ne rencontre rien de semblable. Ammon indique encore l'insertion du muscle plus en arrière que dans l'état normal, dans les cas de strabisme très prononcé; quelquefois aussi le tendon du muscle est beaucoup plus développé.

Une autre question se présente maintenant, c'est de savoir si, dans les cas de strabisme convergent, c'est le muscle adducteur ou abducteur qui est la cause de la difformité. Si c'est le muscle adducteur, il doit se trouver dans un état de contraction spasmodique, qui peut cependant disparaître dès le moment qu'on ferme l'œil du côté opposé; si au contraire c'est le muscle abducteur qui est atteint de paralysie, on doit penser qu'il n'est pas dans un état de paralysie complet, vu que l'œil reprend sa direction normale en exécutant la manœuvre que j'ai déjà indiquée. On a remarqué quelques cas dans lesquels, malgré la section du muscle droit interne, l'œil continue à être ramené vers son côté interne; de ce fait on s'était cru autorisé à conclure que le muscle droit externe se trouvait paralysé; mais alors c'est l'action de la portion interne du muscle droit supérieur et inférieur qui continue, dans ce cas, à ramener l'œil dans la position qu'il occupait.

Tout ce qui précède se rattache principalement à l'histoire physiologique et pathologique du strabisme : il reste maintenant une question importante et qui regarde l'opération et les accidens qui s'ensuivent. Cette opération a été pratiquée, on peut dire, par autant de procédés qu'on peut compter d'opérateurs ; et les accidens qu'on avait cherché jusqu'ici à faire regarder comme peu importans, commencent aujourd'hui à percer le voile dont on cherchait à les environner, ils méritent cependant qu'on y attache quelque importance. L'idée de l'opération elle-même semble s'être présentée à Stromeyer en 1838. Melchior l'indique d'une manière assez nette : *Etiam sectio musculi prævalentis commendatur, atque fieri potest, ut in casibus, ubi vitium hæret in musculis, hæc cum usu institueri possit.*—Elle a été pratiqué d'abord à Dresde et ensuite par M. Diffenbach à Berlin. Quelques personnes cherchèrent ensuite, à l'aide d'expériences sur les animaux, à connaître les changemens qui s'opèrent dans les muscles coupés, et l'influence que ces sections peuvent apporter dans l'acte de la vision. M. Duffin arriva de son côté à ce résultat : que, toutes les fois que les muscles sont dans leur état normal la section de l'un d'eux produit un strabisme, avec cette différence que les mouvemens ne peuvent plus s'exécuter du côté où le muscle a été coupé. Cette section peut aussi produire quelques modifications dans la vision : M. Hall cite des cas de diplopie arrivés après l'opération ; ajoutons cependant que cette duplicité dans la vision disparut peu-à-peu, eependant sa durée a été dans un cas de deux mois, dans un autre cas elle gênait le malade à un point tel, qu'il fut obligé de couvrir l'œil affecté, afin de pouvoir vaquer à ses affaires. Dans ce dernier cas, le malade avait été opéré des deux yeux dans la même séance : d'après la remarque de M. Hall cette confusion dans la vision est beaucoup plus grande toutes les fois qu'on opère les deux yeux en même temps.

Dans quelques cas la vue des personnes strabiques subit des améliorations très notables, quelquefois cependant d'après la remarque d'Ammon et de Dieffenbach, la vision s'affaiblit après l'opération, mais elle s'améliore ensuite.

On a remarqué que la proéminence de l'œil suivait quelquefois la division du muscle droit interne et dans ce cas il arrive que l'œil non opéré étant plus ou moins enfoncé dans l'orbite, fait un contraste assez singulier avec l'œil opéré, qui se trouve beaucoup plus saillant. Dans une telle occurrence M. Lucas conseille de diviser le muscle interne de l'œil non proéminent. M. Duffin pense que cette proéminence est due à une dissection trop large

des parties environnant la sclérotique, ainsi qu'à l'étendue trop grande de l'incision de la conjonctive, opinion qui se trouve confirmée par l'observation du Dr Ure.

Il arrive quelquefois que le muscle droit interne étant divisé, le malade continue cependant à loucher comme auparavant. Ceci dépend d'après la remarque de M. Lucas et Duffin de ce que quelques brides celluleuses ou aponévrotiques, hypertrophiées retiennent le globe oculaire dans son ancienne position. Dans ce cas, Duffin ajoute que si les brides en question ne sont pas coupées, l'opérateur n'obtient qu'un demi-succès, lorsque surtout après l'opération il reste un faux trait. M. Liston conseille de couper le côté interne de l'aponévrose du muscle droit supérieur et inférieur. M. Elliot, au contraire, en s'appuyant sur sa pratique, prétend que toutes les fois que la section du muscle n'a pas été suivie de succès, au lieu d'aller chercher à corriger cet insuccès par la section d'autres muscles, il préfère couper le muscle droit interne du côté sain, il prétend avoir agi ainsi avec succès dans plusieurs circonstances. Quelquefois le muscle étant coupé, non-seulement l'œil se trouve redressé, mais il se trouve porté plus loin qu'il ne le devrait, et dans ce cas les malades se trouvent avoir échangé un strabisme convergent contre un strabisme divergent, M. Duffin cite à ce propos deux cas assez intéressans; dans le premier, l'influence du muscle droit externe était tellement prononcée que l'œil se trouvait enfoncé le plus possible dans l'angle externe toutes les fois que l'individu regardait un objet placé vers le côté gauche sans tourner la tête; si au contraire l'objet en question se trouvait placé au côté droit, l'œil gauche ne pouvait même pas être amené au centre, tandis que celui du côté droit regardait en dehors. Cela, comme on le pense bien, lui donnait une physionomie assez désagréable.

Dans le deuxième cas, observé chez une jeune dame qui louchait des deux côtés, une première opération fut pratiquée avec succès. Trois semaines après, on opéra l'œil du côté droit. Dès ce moment, l'œil du côté gauche se tourne en dehors et la malade voit double, à la vérité elle pouvait ramener l'œil peu-à-peu, mais toutes les fois qu'elle regarde avec soin un objet placé devant elle, l'influence du muscle droit externe gauche se fait sentir, et la malade voit deux objets. A ce fait nous pouvons ajouter un autre cas qui appartient à M. Calder. C'était un homme âgé de trente-sept ans, qui louchait depuis long-temps, beaucoup plus du côté gauche que du côté droit; quelques jours après l'opération, l'œil gauche louchait en dehors, tandis que celui du côté droit louchait beaucoup plus fortement en dedans. Si on fermait l'œil droit, le

gauche regardait directement; quelque temps après le muscle droit interne du côté droit fut coupé, et cette fois l'œil de ce côté regarda aussi en dehors. On divisa enfin le droit externe du côté gauche, cette fois le malade semblait avoir gagné quelque chose à l'opération. Comme le côté droit regardait toujours en dehors toutes les fois que le gauche regardait directement, on se décida à couper le droit externe du côté droit; mais il arriva à la suite de ces quatre sections de muscle, que le malade louche maintenant en dehors tantôt d'un côté et tantôt de l'autre. M. Duffin ajoute que, dans de pareilles circonstances, avant de se décider à couper le muscle abducteur, on doit attendre que le muscle interne se soit cicatrisé, il pense que dans de pareils cas on avait affaire à des contractions spasmodiques des muscles.

Toutes les fois qu'on a affaire à un double strabisme divergent, le malade se trouve dans l'impossibilité de regarder en même temps en dedans, quoiqu'il puisse le faire lorsqu'un des yeux est fermé. Dans le cas de strabisme divergent, l'opération n'a jamais un résultat complet, et M. Duffin fait remarquer que toutes les fois qu'on divise le muscle droit externe, l'œil ne reprend sa position normale qu'au bout de quelque temps et graduellement; le malade ne peut pas tourner simultanément en dedans l'œil opposé, il y a bien une amélioration, mais dans ce cas, c'est seulement la difformité qui se trouve modifié. L'opinion de Hall sur le strabisme divergent est moins défavorable : sur 13 malades opérés par lui, onze fois il eut un succès complet; dans ce nombre, 6 fois la cornée reprit graduellement sa position centrale et 2 fois il échoua complètement. M. Elliot de Carlisle a eu l'idée de diviser le muscle droit externe du côté sain et cela avec succès. Le 1er cas était chez une jeune fille de 13 ans : toutes les fois qu'elle fixait un objet, l'œil du côté gauche regardait, tandis que celui du côté opposé se tournait fortement en dehors : on divisa le muscle droit externe, et cependant l'œil continuait à se trouver un peu en dehors; le muscle correspondant du côté opposé fut divisé et l'œil reprit sa position normale. Il paraîtrait que le même résultat eut lieu chez une personne qui louchait depuis 30 ans. Dans tout ceci on voit que les opérateurs ne sont guidés par aucune donnée et qu'ils ont divisé des muscles pour ainsi dire à l'aventure, sans savoir par aucune raison théorique si la section du muscle correspondant du côté opposé devait contribuer à redresser l'œil qui louchait.

Les muscles coupés se réunissent-ils entre eux, ou bien contractent-ils quelques adhérences avec les parties environnantes? C'est, on le comprend, une des questions qui ont dû se présenter à l'esprit des opérateurs. Le muscle

se rétracte et contracte des adhérences avec les parties environnantes. M. Babington s'assura, par l'examen anatomique de l'œil, que cela avait lieu. Quelquefois cependant, le muscle se réunit immédiatement, ou par le moyen d'une substance intermédiaire : cela a été observé par M. Baumgarten de Dresde. La section du muscle de l'œil guérit-elle le strabisme, et, de plus, cette guérison est-elle durable? Jusqu'à présent le plus grand nombre d'individus opérés ont guéri. Cependant, chez quelques-uns, le strabisme est revenu. L'âge et la condition dans laquelle les individus se trouvent est indispensable à bien noter, afin d'arriver sur ce point de la question à un résultat sérieux. Or, on voit, par le relevé fait par les divers opérateurs, que cette opération a été pratiquée chez des individus de tout âge, depuis 3 ans jusqu'à 62 ans. Chez quelques-uns, le strabisme a disparu; chez d'autres, il s'est trouvé amélioré; et dans quelques autres cas, sans résultats. Sur 52 opérés par M. Baumgarten, 33 se trouvèrent parfaitement guéris, 17 très améliorés, et 2 ont gagné à l'opération un strabisme divergent. Parmi ceux dont le résultat fut satisfaisant, il s'en est trouvé 10 chez lesquels on a été obligé de faire l'opération une seconde fois. Sur 72 strabiques opérés par MM. Ammon, Zeis, Warnatz, 45 furent complètement guéris, 13 améliorés, et 14 sans succès. Parmi les 45 succès, il s'en est trouvé 2 qu'il a fallu opérer deux fois.

Arrivons maintenant aux accidens dont cette opération a été quelquefois suivie; et nous rencontrons dans le nombre d'ouvertures du globe de l'œil avec issue de l'humeur vitrée, ce qui peut dépendre du chirurgien et non point de l'opération : l'ulcération du globe oculaire et la perte de la vue, indiquées par M. Duffin; la mobilité très grande du globe après l'opération, indiquée encore par le même opérateur. Nous avons passé sous silence la section des muscles obliques. M. Duffin rapporte un cas de strabisme convergent supère : le muscle droit interne fut coupé, et dès-lors l'œil se tourna directement en haut; la section du muscle droit supérieur fut suivie de succès. De Ammon fait remarquer que la section du muscle droit inférieur est difficile à pratiquer.

(*Bristish and foreing, Med. Rev.*, april 1841, page 474.)

J. GIRALDÈS.

Luxation du tibia en avant, par Heb. MAYO.

Un homme âgé de soixante-huit ans, ouvrier maçon, d'habitudes sobres,

d'un tempérament sanguin, était occupé à enlever des décombres sous une porte qui venait d'être terminée. La pierre de l'entablement, d'un poids assez grand, se brisa en deux parties, tomba sur lui et le renversa. La main droite s'est trouvée engagée sous les fragmens. Le malade ne pouvant pas se relever, on s'aperçut de suite qu'il était blessé au genou. On le porta à l'hôpital de Midlesex, où je l'ai vu, vers sept heures du soir.

Au premier examen, l'aspect des parties me porta à penser que le malade avait une fracture du fémur, immédiatement au-dessus de l'articulation; mais un examen plus attentif me montra que la saillie qu'on remarquait au niveau du genou était formée par le tibia. Les condyles du fémur, recouverts par la peau, faisaient saillie en arrière, et se rencontraient à quatre pouces au-dessous de l'extrémité articulaire du tibia; les parties déplacées se trouvaient dans une demi-flexion; on ne sentait pas les battemens de l'artère pédieuse.

On essaya d'abord de réduire la luxation, en exerçant de simples tractions, et mettant les parties dans une demi-flexion. Ce moyen ne réussissant pas, on eut recours à des tractions plus fortes. Pour ce faire, on fixa le membre, à l'aide d'une serviette ployée en cravate passée autour de la cuisse, et qui prenait son point d'appui sur les pubis et les ischions; on attacha ensuite les chefs des lacqs à des anneaux de fer qui se trouvaient près du lit. Une seconde serviette fut entourée autour des malléoles, et servait à exercer les tractions. En moins d'une minute, les parties déplacées furent ramenées dans leur position normale. Le membre fut placé sur un coussin et soutenu par des liens.

La main qui s'était trouvée engagée au milieu des décombres avait trois doigts écrasés, les chairs et la peau du pouce étaient lacérées. Dans un tel état de choses, je me suis décidé à pratiquer l'amputation du poignet. Le malade alla bien. Il survint au bout de quarante-huit heures de la douleur et de l'inflammation autour du genou : on appliqua vingt sangsues; cette application fit disparaître et la douleur et l'inflammation.

Il est probable que dans le moment de la chute, le membre se trouvait dans une direction droite, que, le pied était retenu; alors la jambe étant fortement tirée en avant, de façon que le fémur, se trouvant porté en arrière, déchira les ligamens croisés et s'échappa de son articulation.

Il y a quelques années, j'ai vu, avec M. Andrew, une luxation du tibia en arrière, et qui eut lieu pendant que le malade faisait une course à cheval. Son genou heurta fortement un arbre, et la rapidité de la course donna une telle impulsion aux parties, que le tibia fut porté en arrière et se luxa.

(*London, Med. Gazette*, mars 1841, page 870.)

LIGATURE DE L'ARTÈRE BRACHIALE AU-DESSOUS ET AU-DESSUS DE LA TUMEUR; W. Horner, professeur d'anatomie à l'université de Pensylvanie.

Mademoiselle ***, de Géorgie, âgée de 8 ans, fut saignée par un médecin au mois de mars 1837. Après la saignée on ne remarqua rien d'extraordinaire; ce fut seulement une semaine après que la jeune malade s'aperçut de l'existence d'une tumeur pulsatile du volume d'un pois et siégeant dans le pli du coude du bras gauche. Cette tumeur augmentant toujours, les parens de la jeune malade l'amenèrent à Philadelphie et la confièrent aux soins de M. Randolph qui appela, dans ce cas, M. Horner en consulation. A cette époque (septembre 1837) la tumeur a acquis le volume d'une grosse noisette. Elle est le siège de pulsations très fortes, d'une véritable expansion. Le bras étant plié, elle fait relief au pli du coude. La pression diminue son volume de moitié, mais il reste une partie dure et incompressible. Les pulsations sont arrêtées par la compression de l'artère brachiale. La tumeur n'est pas le siège de frémissement comme cela a lieu dans les anévrysmes variqueux. On ne reconnaît pas la veine qui a été ouverte dans la saignée; elle n'est pas visible.

29 septembre. Le docteur Randolph procéda à l'opération. D'abord un tourniquet fut appliqué sur le trajet de l'artère. La peau qui recouvre la tumeur fut ensuite divisée dans l'étendue de deux à trois pouces; cette incision mit à découvert la tumeur placée au-dessous de l'aponévrose et du prolongement aponévrotique du muscle du biceps; elle fut complètement mise à découvert. On continua alors à l'isoler, de façon à mettre à découvert en même temps l'artère et la veine au-dessous et au-dessus de la tumeur. Une ligature enveloppant les deux vaisseaux fut jetée à la partie supérieure du sac, et comme à l'aide de ce lien on arrêtait les pulsations dans la tumeur, on la fixa et on procéda ensuite à l'ouverture du sac anévrysmal. Cela étant fait, on relâcha le tourniquet, le sang coula librement; une autre ligature fut alors placée sur l'artère et la veine au-dessous de l'anévrysme. On relâcha de nouveau le tourniquet, le sang coula encore de la tumeur, mais pas dans une aussi grande abondance. Le sac fut isolé des parties environnantes. Le manche d'un scalpel fut passé autour et une ligature placée à la partie inférieure, et une autre à la partie supérieure. Ces ligatures étaient placées dans le but d'isoler complètement la tumeur. Celle de la partie inférieure étant serrée arrêtait complètement l'hémorrhagie. Cependant, on jugea convenable, pour plus de sûreté et pour prévenir le retour de la maladie, de serrer la ligature supérieure.

La partie antérieure du sac se trouvait recouverte par une veine, proba-

blement celle qui a été ouverte pendant la saignée. Ce vaisseau est oblitéré à la partie inférieure, et beaucoup plus petite à la partie supérieure. Il n'y avait rien qui démontra un état variqueux de cette veine.

Les parois de la tumeur sont épaissies et endurcies. C'est cette circonstance qui faisait qu'avant l'opération on ne parvenait jamais à vider le sac anévrsymal.

(*Medico-chir. Review*, avril 1841, page 563.)

Il est difficile de comprendre qu'elle a pu être la cause qui porta le chirurgien à exécuter une opération de la manière qu'on vient de lire. Mettre un sac anévrysmal à découvert, lier les vaisseaux, artères et veines, ouvrir la tumeur, et tout cela dans un cas d'anévrysme faux consécutif; de pareilles manœuvres ne sont fondées sur aucune raison valable, surtout comme l'auteur de l'observation le fait sentir, quand l'anévrysme n'appartenait pas à l'ordre des anévrysmes variqueux, ce sont de ces pratiques qui compromettent la chirurgie, ce sont des élémens qui viennent jeter du désordre lorsque, en tenant compte des faits, on veut arriver à des résultats valables, non pas en faisant une simple addition arithmétique, en faisant de l'inventaire, mais en pesant chacun des faits et les plaçant à leur valeur réelle, en faisant en un mot une addition algébrique, afin de pouvoir arriver à quelques résultats généraux. Il est fâcheux de voir se renouveler de pareilles pratiques. Il ne s'agit pas, en chirurgie, de faire quelque chose contre une maladie, il faut encore savoir à quel point la science est arrivée, et savoir discerner ce qu'il faut appliquer. J. G.

Opérations de bégaiement, *par* Aug. Franz.

George Read, âgé de 17 ans, d'un tempérament scrofuleux, fut pris, il y a huit ans, après la mort de son père, d'une difficulté de parler, il commença à bégayer; depuis lors, selon le rapport de sa mère, cette infirmité augmenta de plus en plus à tel point qu'il lui est maintenant impossible de parler facilement avec ses parens sans une grande hésitation; cependant il parvient à exprimer ce qu'il désire par des gestes ou par des sons saccadés et comme en chantant.

Lorsqu'il se trouve dans un léger état d'excitation, il parvient à peine à bégayer deux ou trois mots, et alors sa parole devient convulsive s'interrompt et finit par s'arrêter; dans ce cas, s'il essaie de parler à une personne inconnue, la parole lui manque. La première

fois que je vis ce malade, j'ai remarqué en lui un air de tristesse, de mélancolie, sans doute occasioné par son infirmité; j'ai examiné ensuite sa bouche, et j'ai remarqué que la voûte palatine est étroite et fortement arquée. Sa langue est libre et peut se mouvoir facilement; en parlant, le malade aspire toutes les voyelles, et les prononce comme des *h*, h, h, h, a, h, h, h, o; il aspire de même toutes les consonnes dont la prononciation commence par une voyelle. Les autres sont prononcé avec plus ou moins de difficulté; il en est quelques-unes qu'il lui est impossible de prononcer. Dans ce nombre, sont les consonnes *d*, *t*, *b*, *p*. Toutes les fois qu'il cherche à prononcer quelques mots, il porte sa tête en avant, lui imprime au même temps des mouvemens latéraux, les lèvres et les muscles de la face sont alors dans un état de convulsion, qui se continue ou se propage aux muscles de l'aile du nez, du cou et du larynx; pendant ces mouvemens convulsifs, les yeux sont dans un état de fixité, d'immobilité; le larnyx est soulevé et abaissé d'une manière convulsive. Sa mère rapporte que lorsqu'il est dans cet état, il éprouve une espèce de rigidité dans la bouche, comme si sa langue était trop large pour être contenue dans la cavité buccale; il éprouve au même temps une espèce de constriction des muscles du cou; et plus spécialement dans le larynx. J'ai voulu le faire parler, mais ses yeux devinrent de suite fixes et immobiles, les larmes coulèrent en abondance; les muscles du cou et ceux de la bouche entrèrent dans un tel état de convulsion qu'il m'a fallu cesser toute épreuve. La seule parole que j'ai pu obtenir de lui c'est le mot *h h n* — nho.-o. Comme le malade ne pouvait me répondre à aucune de mes questions, j'étais obligé d'avoir recours à sa mère qui pouvait le comprendre par le seul mouvement de ses lèvres; dans cet état le malade était décidé à tenter toute opération qui améliorât une position qui le mettait dans l'impossibilité de rien entreprendre.

J'ai donc pratiqué l'opération le 1[er] mars, chez sa mère, et en présence du docteur Ure, de MM. Fowhe et Hériug. Ces messieurs, avant l'opération, constatèrent l'état du malade. J'ai procédé de la manière suivante. Le malade étant assis, sa tête fut tenue par un aide qui, en même temps, écartait la commissure des lèvres à l'aide de rétracteurs. La langue ayant été portée en avant et hors de la bouche, fut saisie à l'aide d'une pince à crochets. J'ai confié cet instrument à un aide, et ensuite, passant mes doigts en arrière du point où les pinces étaient fixées, j'ai saisi toute l'épaisseur de la langue à l'aide du pouce et de l'index. Comprimant et soulevant au même temps cette partie de l'organe, je l'ai traversée dans toute son épaisseur à l'aide d'un bistouri droit, long et un peu courbé, introduit du côté gauche et dans la

moitié postérieure de la langue. J'ai divisé l'organe directement en haut. Cela fait, j'ai saisi les bords antérieurs de la plaie à l'aide d'une pince à crochet, et avec un bistouri droit, appliqué à un demi-pouce de l'incision, j'ai séparé une partie de la langue en coupant obliquement de haut en bas, de façon que l'incision alla rencontrer ou se réunir à la première. Par ce moyen, une portion prismatique de la masse de la langue fut séparée. La plaie fut ensuite réunie à l'aide de six fortes ligatures de soie, passées de façon à ce qu'elles embrassassent toute la profondeur de la plaie, afin de pouvoir affronter les surfaces divisées et prévenir l'hémorrhagie. Ce moyen réussit assez bien. Pendant l'opération, le malade perdit beaucoup de sang, ce qui n'est pas extraordinaire, vu le nombre et le calibre des vaisseaux qui furent divisés ; il supporta l'opération avec courage ; il se trouva mal et vomit ensuite une assez grande quantité de sang avalé.

Tout de suite après que le malade se fut lavé la bouche, il prononça quelques paroles, ce qui lui était impossible de faire avant l'opération, et cela sans bégayer, sans la moindre hésitation et sans aucune convulsion soit des muscles de la face ou des lèvres; et quelques momens après j'étais surpris de lui entendre dire : *J'ai un peu de sang dans ma chemise*. Il se coucha ensuite. On lui défendit de parler, on lui ordonna de se tenir de l'eau froide dans la bouche. J'ai vu le malade trois heures après et il n'y avait pas encore la moindre réaction.

Mars, 2. Le malade a passé une bonne nuit ; un peu de fièvre ; vers le soir pouls 120. La peau est sèche, la langue est un peu enflée et décolorée; il ne se plaint pas de douleurs, mais seulement d'un sentiment de chaleur dans la bouche. Il y a une grande abondance de mucus et de salive et une difficulté dans la déglutition. On lui donna dans la journée de l'eau de veau et le soir un peu d'huile de castoreum. On recommanda au malade de tenir toujours de l'eau froide dans sa bouche.

3. Nuit bonne, peu de fièvre, pouls, 95. La langue est un peu plus enflée ; elle n'est pas douloureuse, mais elle est couverte d'une substance d'un enduit brunâtre. On lui donne une mixture saline toutes les trois ou quatre heures.

4. Le malade va bien; le pouls est à 80. J'enlève deux ligatures. Les parties sont réunies.

5. L'inflammation de la langue a diminuée, mais il y toujours une sécrétion très abondante de mucus et de salive. Le malade commence à avaler sans difficulté ; il se lève; il prononce plusieurs phrases sans la moindre hésitation, sans bégayer et sans le moindre mouvement dans les muscles de la

face. Les quatre points de suture qui restaient sont enlevés ; une grande partie de cet enduit brunâtre qui couvrait la langue a disparu, il en existe seulement quelques portions auprès de la plaie.

7. Le malade peut mouvoir la langue sans la moindre difficulté, mais il y a encore un peu de douleur; il parle sans bégayer.

9. Le malade sort pour la première fois; les mouvemens de la langue sont moins douloureux ; les progrès continuent.

Les muscles divisés dans cette opération furent, je pense, les *linguaux*, les *génioglosses*, les *hyoglosses*, l'*hyoglosse*.

(*London medical Gazette*, 12 mars 1841, page 920,)

Luxation de l'humérus par contraction musculaire, pendant un accès d'épilepsie, par W.-A.-F. Browne, inspecteur de l'institution des aliénés de Crichton.

G. R., âgé de 31 ans, fort et robuste, sujet depuis plusieurs années à des attaques d'épilepsie accompagnés de quelque dérangement dans les facultés intellectuelles ; après une de ces attaques, et avant que le malade fût revenu à son état normal, on remarqua qu'il portait souvent sa main gauche à son épaule droite et qu'il souffrait beaucoup. On m'envoya chercher. Je l'ai trouvé se plaignant beaucoup et portant toujours sa main à l'épaule, mais ne donnant aucune explication de sa souffrance. Les personnes qui l'entouraient m'affirmèrent que non-seulement il n'était pas tombé, mais même qu'il n'avait pas reçu de coup à l'épaule et qu'ils ne savaient pas la cause de ses sou.-frances. Je le fis déshabiller, et en examinant son épaule j'ai vu qu'il y avait une luxation en bas et en dedans. Ce déplacement fut facilement réduit.

Un cas semblable fut observé, il y a quelques années, à l'infirmerie royale d'Edimbourg. Des deux côtés les humérus furent luxés par la contraction des muscles, pendant une attaque d'épilepsie. Ces luxations furent réduites avec beaucoup de facilité par sir G. Ballingall.

(*Med.-chir. Review*, avril 1840, page 567.)

Tumeur dans le bassin, par le professeur de D'Outrepont.

Une femme âgée de 26 ans, bien constituée, eut un premier enfant à l'âge de 25 ans. Le travail se fit sans difficulté. Vers la fin de sa seconde grossesse, elle vint à l'hôpital, à cause d'une douleur qu'elle éprouvait dans la région pelvienne. Le toucher fit reconnaître dans la cavité du bassin une tumeur dure et douloureuse, s'étendant de la face interne de l'ischion gauche presque

jusqu'au point correspondant du côté opposé. Cette tumeur était dure, globuleuse; elle occupait la branche ascendante de l'ischion et descendante du pubis, et s'étendait sur le trou obturateur. Il était impossible d'atteindre la partie inférieure de l'utérus, et de sentir aucune partie de l'enfant.

Le volume et la dureté de la tumeur n'offrait pas la moindre chance présumable pour amener dans l'accouchement un enfant vivant, même en employant l'accouchement prématuré. Le professeur d'Outrepont, ne sachant pas s'il avait affaire, dans ce cas, à une tumeur cartilagineuse ou à une véritable exostose osseuse du bassin, demanda le conseil de plusieurs personnes éminentes. Celles-ci examinèrent la malade, mais elles restèrent aussi dans le doute sur la nature de cette maladie, et surtout la malade ne voulant pas consentir qu'on fît aucune incision sur la tumeur. Peu de temps avant le moment du travail, on crut que la tumeur devenait légèrement compressible. Lorsque le travail commença, le professeur réunit une consultation, dans laquelle il fut arrêté qu'à moins d'un changement très grand dans le caractère de cette tumeur, on essayerait de l'enlever, de la séparer, de la scier, si elle était de nature osseuse, et en dernière ressource, de pratiquer l'opération césarienne.

En examinant la malade, on reconnut qu'il y avait une présentation pelvienne, que le fœtus présentait le pied droit, qu'il y avait procidence du cordon ombilical, et que cette partie n'offrait pas de pulsations. La tumeur se trouvait au reste tellement ramollie qu'il était possible de passer trois doigts dans le détroit du bassin. Le professeur d'Outrepont amena alors les pieds de l'enfant au-dehors; en le faisant il s'aperçut que les fesses avaient encore comprimé la tumeur; la plus grande difficulté fut de sortir la tête à l'aide du forceps, ce qui occasiona beaucoup de douleurs à la malade. Après l'accouchement, la tumeur reprit son volume naturel, de sorte que le placenta ne put pas être expulsé par les efforts de la nature, et il a fallu introduire la main pour l'extraire. La malade se rétablit rapidement; six semaines après, elle revint pour se faire opérer de sa tumeur. L'opération fut pratiquée par le professeur Textor. La tumeur était d'une nature fibro-cartilagineuse et n'avait de connexions ni avec périoste, ni avec les os du bassin; son poids était des deux onces; elle était excessivement dure à tel point que les personnes qui l'ont examinée ne voulaient pas croire qu'elle se fût ramollie pendant le travail. La malade fut complètement guérie.

(*Neue Zeitschrift für Geburtskunde. British foreign and med.* 1841. *pag.* 531.

Opération du varicocèle, par John Watson, chirurgien de l'hôpital de New-York.

John (Pierce), âgé de 21 ans, marin, fut admis à l'hôpital, le 28 juin, pour être traité d'un varicocèle très volumineux, du côte gauche. Le lendemain de son entrée, on opéra le malade par le procédé suivant : on saisit avec les doigts, autant de peau du scrotum qu'il fut possible de prendre, en ayant soin d'éviter les veines; on embrassa ensuite avec des pinces la peau ainsi pincée, et à l'aide d'un bistouri, on enleva tout le repli cutané. La partie enlevée comprenait un bon tiers de la peau du scrotum, et la rétraction qui suivit ce retranchement fut tellement marquée, que la tunique vaginale du côté gauche restait à découvert. On eut beaucoup de peine à réunir les deux lèvres de la peau rétractée, pendant les premiers jours le malade allait bien, et quoique la réunion ne se fit pas par première intention, les parties cependant se sont rapprochées, et la plaie est granuleuse, bourgeonnée. Le 1er juillet le malade fut pris de frisson, de vomissement, de nausées suivies de fièvre, d'une excitation générale, et enfin d'un érysipèle, qui envahit toute la peau du scrotum, du pénis et se prolongea aux parties adjacentes, se compliqua de suppuration du tissu cellulaire. Des contr'ouvertures faites sur le pénis donnèrent issue au pus accumulé; au fur et à mesure que l'érysipèle diminua, la place de l'opération se rétrécit et diminua aussi de plus en plus. Le 20 juillet, la plaie est complètement guérie, le malade sortit alors de l'hôpital le 4 août. La cicatrice formée par la plaie, est suffisante pour soutenir des vaisseaux dilatés et les empêcher de se dilater, au dessous de l'anneau inguinal. Pendant que le malade avait été couché, le gonflement produit par la dilatation des veines, semblait avoir disparu ; mais il est de nouveau revenu, quoique moins volumineux, et le malade, cependant, n'éprouve plus autant de peine et d'incommodité, qu'il en éprouvait auparavant.

(*New-York, journ. med. and surg.* 1840; *Lond. med. Review*, 1841, *page* 544.)

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DES HERNIES, DÉPLACEMENS ET MALADIES DE LA MATRICE, etc. par P. L. Verdier, chirurgien herniaire de la marine royale, des hôpitaux militaires de France, etc. Paris, 1840, in-8, de 740 p. (1).

Le livre dont nous allons essayer de donner une idée résume les travaux d'une longue carrière. Il est le produit de plus de trente années passées dans l'exercice de la chirurgie herniaire.

Le *traité pratique des hernies, déplacement et maladies de la matrice* se compose de quatre chapitres. Le premier est consacré à l'histoire pathologique des hernies, le second à celle des déplacemens et maladies de matrices; le troisième offre la réunion de cent cinquante-deux observations; le quatrième, enfin, renferme la description de divers appareils appropriés à différens cas de chirurgie. Laissons de côté ce dernier chapitre, qui n'en est pas un, et qui aurait dû plutôt prendre le nom d'appendice. Disons, cependant, pour ne pas être injuste, qu'il sera lu avec intérêt et avec fruit.

Il y avait peut-être une division plus rationnelle que celle qui a été suivie par M. Verdier. Pourquoi avoir réuni dans un même chapitre les observations de hernies et celles de déplacemens ou de maladies de matrice? N'aurait-il pas été préférable de mettre les premières à la suite du chapitre où l'auteur trace l'histoire des hernies, et les secondes à la suite de celui où est exposée, avons-nous dit, l'histoire chirurgicale des déplacemens et affections de l'utérus? Ensuite la division par chapitres semble indiquer que c'est toujours le même sujet qui se continue; or le sujet change, puisqu'il est question d'abord des hernies, et ensuite des divers états morbides de la matrice. Il aurait fallu, à notre sens, diviser le volume en trois parties: 1° Hernies. 2° Déplacemens et maladie de la matrice. 3° Appendice. A supposer, au reste, que nous soyons fondé dans notre critique, une légère irrégularité n'ôterait rien à la valeur fondamentale de l'ouvrage.

Nous aurions désiré aussi que M. Verdier, dans son introduction, exposât plus explicitement encore qu'il ne l'a fait, le plan de son ouvrage. Nous

(1) Chez Béchet jeune et Labbé.

voudrions qu'il en fût des livres comme de certains magasins dont une enseigne détaillée indique le débit aux consommateurs.

Le premier chapitre se compose lui-même de cinq sections. La première est consacrée à des notions anatomiques; la seconde à l'*examen des hernies sous leur rapport de formation, d'accidens et de traitement, soit pour en tenter la cure radicale, soit pour faire cesser les accidens susceptibles de compromettre la santé et quelquefois même la vie des hernieux*; la troisième offre l'exposé du traitement des hernies par les douches d'eau froide; la quatrième une réunion de tableaux statistiques; la cinquième, enfin, un examen critique des bandages herniaires employés jusqu'à ce jour.

Ce n'est point par la première section, c'est-à-dire par la partie anatomique, que se recommande surtout l'ouvrage de M. Verdier. Mais les quatre autres sont fécondes en enseignemens précieux. Dans l'impossibilité évidente d'examiner tous les points successivement étudiés par l'auteur, nous allons nous attacher à quelques-uns des plus importans.

M. Verdier admet que les hernies ne peuvent se produire qu'après que l'enfant a respiré, de sorte qu'il ne reconnaît pas de hernies congéniales, dans l'acception rigoureuse de cette dénomination. Cette manière de voir est commune à tous les chirurgiens; et, en effet, il ne paraît pas qu'il y ait dans la science une seule observation de hernie constatée au moment de la naissance, exception faite, bien entendu, de la hernie ombilicale. Tous les chirurgiens savent qu'une anse d'intestin peut se trouver comprise dans le cordon, chez le fœtus à terme, et que des praticiens inattentifs ayant fait la ligature du cordon dans des cas de ce genre, ont déterminé la mort de l'enfant. M. Verdier indique une disposition qui se présente quelquefois chez les nouveau-nés, et qui se rapproche un peu de la hernie. Elle consiste dans la faiblesse de la ligne blanche qui se laisse distendre par les intestins, de manière à former tumeur, lorsque l'enfant crie, tandis qu'elle est déprimée, et que le paquet intestinal bombe sur les côtés, pendant que l'enfant repose dans le décubitus dorsal.

Quant aux hernies dites congéniales, outre celles de l'ombilic, leur mécanisme est connu. Il a été reproduit par M. Verdier, qui a cité à l'appui un certain nombre de faits, entre autres, celui d'un homme de trente-six ans, chez lequel les deux testicules se rencontraient à l'orifice des anneaux inguinaux, et qui n'offrait aucune trace de scrotum. Notons que lorsqu'on parle de hernies congéniales, on n'a guère en vue que les inguinales. Les hernies crurales congéniales sont presque impossibles. Il faudrait que, par une

déviation difficile même à supposer, le testicule suivi de l'intestin, se glissât sous le ligament de Poupart. M. Nivet a rapporté, dans un mémoire inséré dans les archives, un cas qui a quelques rapports avec cette supposition. Il s'agit d'un homme chez lequel, le testicule, à sa sortie du canal inguinal, se dévia et alla se placer au-dessous de l'arcade crurale. Une hernie inguinale s'étant produite, les organes déplacés suivirent la même voie. L'étranglement survint, et on opéra. M. Bérard, jeune, qui, en raison du siège de la tumeur, croyait et devait croire à l'existence d'une mérocèle, ne put reconnaître le véritable genre de la hernie qu'après avoir mis les parties à découvert.

M. Verdier a réuni dans un tableau les cas de hernies qu'il a observés sur des enfans nouvellement nés. Le nombre de ces hernies s'élève à cent dix-sept, sur lesquelles quatre-vingt-dix-huit sont inguinales, quinze ombilicales et quatre ont eu lieu par la ligne blanche. Sur les quatre-vingt-dix-huit inguinales, quatre-vingt-deux se sont présentées chez des garçons, et seize seulement, chez des filles; sur les ombilicales, huit chez des garçons, sept chez des filles; à la ligne blanche, trois chez des garçons, une sur une fille. Au total, les garçons figurent dans ce tableau pour un nombre de quatre-vingt-treize et les filles pour un nombre de vingt-quatre. Cette statistique pourrait fournir matière à des considérations importantes, mais nous sommes obligés de nous restreindre.

M. Verdier a indiqué, dans un paragraphe spécial, dont la lecture sera très profitable aux praticiens, les moyens de traitement qu'il convient d'employer contre les hernies des jeunes enfans.

Une statistique de M. Verdier, très curieuse, et surprenante dans ses résultats, est celle qu'il a adressée relativement à l'influence des professions sur la production des hernies. Il résulterait de cette statistique, formée de neuf cent cinquante observations, que les hernies seraient plus fréquentes parmi les hommes inoccupés ou adonnés à des travaux peu fatigans, que parmi ceux qui se livrent aux travaux corporels les plus pénibles. M. Verdier se borne à constater le fait, et n'en tire pas de conséquence absolue. C'est agir sagement. Si une telle statistique est possible, il faudra bien des travaux encore avant que l'on soit fondé à l'établir. En matière de statistique, on ne saurait être trop patient, ni trop réservé.

M. Verdier s'occupe de la cure radicale des hernies, et s'indigne, avec tous ses devanciers, contre la pratique ancienne et barbare qui consistait à tenter la cure définitive de ces affections par l'ablation du testicule. Il rappelle le fait de cette fille dont parle Arnaud, et qui, dans un rayon d'une ving-

taine de lieues, mutila plus de cinq cents enfans. Ce qu'il y a de plus singulier, c'est qu'elle *opérait* non-seulement pour guérir les hernies, mais encore pour les *prévenir*. A ce sujet, nous avons lu dernièrement, dans une suite d'articles où M. Souberbielle a esquissé la vie de frère Jacques, que ce religieux avait opéré plus de deux mille bubonocèles. L'auteur des articles semble ne pas s'apercevoir que ces deux mille opérations ne sont autre chose que deux mille ablations de testicules, ce qui n'est pas, bien s'en faut, un titre à l'admiration de la postérité. Et il n'y a pas à dire que frère Jacques n'enlevait pas le testicule. Dionis, écrivain consciencieux, s'exprime là-dessus très explicitement. C'est ce même Dionis qui rapporte qu'un autre châtreur avait, pour ces sortes d'opérations, un aide fort intelligent dans la personne de son chien, qui se tenait sous la table, et auquel son maître jetait le testicule après l'avoir, en propres termes, *escamoté. Rien dans les mains; rien dans les poches;* le testicule, immédiatement avalé, avait disparu, et les assistans même de l'opéré, étaient convaincus que le chirurgien n'y avait pas touché. Par exemple! lorsque Dionis avance que cet opérateur ne nourrissait son chien que de testicules, il outre l'hyperbole. La France n'aurait pas aujourd'hui trente-quatre millions d'habitans. Dionis, s'exprimant sur ce point avec le plus grand sérieux, dit qu'il ne concevrait la castration appliquée à la cure radicale des hernies, que sur des personnes ayant fait vœu de chasteté, les moines, par exemple. Il y aurait pour eux double avantage, ajoute-t-il, attendu qu'ils seraient à-la-fois guéris de leur hernie et délivrés des désirs de la chair. Mais l'Eglise a horreur du sang, particulièrement en ce qui la concerne, et il est probable que, pour cette raison et d'autres, les moines n'auraient pas goûté le conseil de Dionis. Celui-ci oubliait, d'ailleurs, dans son zèle orthodoxe, que la possibilité de pécher est pour le chrétien un bienfait de la providence, et que saint Antoine ne serait peut-être pas dans le calendrier, s'il avait été châtré. Ajoutons, en passant, qu'avant d'écrire sa vie de frère Jacques, M. Souberbielle, dont nous estimons le caractère et le talent, n'aurait pas été mal inspiré de relire, dans la huitième édition du *Cours d'opérations de chirurgie* de Dionis, le petit article qui s'étend de la page 194 à la page 206.

Nous nous sommes laissé entraîner, et, à moins de dépasser les limites d'un article bibliographique, il nous reste peu de place pour achever l'analyse du livre de M. Verdier.

Deux parties sont surtout, dans ce livre, dignes de fixer l'attention : ce sont la *section* composée des tableaux statistiques, et la *section* suivante, dans laquelle l'auteur a présenté l'histoire des bandages herniaires. Nous

parlons toujours, bien entendu, de la partie de l'ouvrage qui est consacrée aux hernies. Impossible d'analyser ici ces deux sections, à la satisfaction du lecteur. Il faudrait pour cela un long article, que, du reste, nous ne renonçons pas à faire, mais sous une autre forme.

Nous n'entrerons, et nous regrettons d'y être contraint, dans aucun détail sur le chapitre où l'auteur a exposé l'histoire des déplacemens et des affections de l'organe gestateur; nous ne ferons aussi qu'indiquer au lecteur le vaste chapitre où sont renfermées les cent cinquante-deux observations dont nous avons déjà parlé. Il n'y aurait dans le livre de M. Verdier que cette collection de faits, qu'il s'attacherait déjà à ce livre un très grand intérêt. Ces observations ont été choisies, en effet, parmi les cas d'une immense pratique, et sont, pour la plupart, aussi instructives que curieuses.

En résumé, nous croyons fermement que M. Verdier a rendu service à la science en publiant les résultats de sa judicieuse expérience, et c'est avec conviction que nous recommandons son ouvrage aux chirurgiens. C. M.

Chirurgie de M. Dieffenbach, par M. Ch. Phillips. Berlin, Paris, chez J.-B. Baillière, 1840. Première partie, in-8 de 200 pages, 4 planches lithograph. Prix 5 fr.

Nous éprouvons un véritable et grand embarras en voulant rendre compte de cet opuscule. Nous aimons *Dieffenbach*, et comme homme et comme praticien. La lecture de cet ouvrage fera-t-elle partager nos sentimens à ceux qui ne connaissent pas personnellement ce chirurgien? Nous en doutons fort. M. *Phillips* nous dit que cet *homme, véritable novateur, caractérise l'école allemande, dont il est aujourd'hui le chef.* Jusqu'à ce jour on nous avait représenté l'école allemande, comme sévère, positive, routinière, se traînant lentement sous le poids d'un immense bagage scientifique, appuyée sur les vieilles doctrines et ennemie, du progrès tant qu'il n'a pas reçu la sanction de l'expérience. Aujourd'hui, M. *Phillips* nous la fait voir jeune, vive et novatrice avant tout, *ne faisant usage que de petits bistouris, ressemblant à des petits canifs; de petites airignes et de fines aiguilles* complètent *toute son armure* (1). C'est à ce point que *ces instrumens délicats paraissent plutôt destinées à faire de la dentelle qu'à labourer de grandes portions du tissu vivant.*

Cette préface que nous recommandons à l'attention offre une tendance

(1) M. Phillips a sans doute voulu dire armement.

remarquable à vouloir faire prévaloir cette chirurgie allemande sur la chirurgie française, qui ne marche qu'*armée de pied en cap* et entourée *de plats immenses, couverts de couteaux, de scies et d'airignes de toute dimension.* Mais laissons les admirateurs et les détracteurs de l'une ou de l'autre école se complaire à la lecture d'un semblable parallèle, ou s'indigner, et arrivons aux faits.

Si nous devions en croire les faits consignés dans ce travail, la chirurgie de M. Dieffenbach serait, sans aucun doute, et la plus belle et la plus haute personnification de l'art de guérir. Quels reproches, en effet, pourrait-on adresser à une chirurgie toujours active, toujours opérante, qui ne compte que des succès et jamais de revers. Sur 84 opérations de déchirures du périnée (7), des tumeurs cancérentes (10); de cancers du rectum (4), de redressemens d'ankyloses (8), etc., etc., nous ne rencontrons que des guérisons. Nous ne voyons rien que de très satisfaisant; mais les chirurgiens français sont plus exigeans, et nous croyons que bon nombre d'entre eux adresseraient volontiers à M. *Phillips,* les questions suivantes :

1° Sont-ce là 84 observations prises indistinctement dans le service de M. *Dieffenbach?* ou bien en d'autres termes, M. Dieffenbach, qui opère tous les malades qui se présentent à lui, guérit-il tous ceux qu'il opère, ainsi que semble le dire votre ouvrage?

2° Tous les malades opérés guérissent-ils sans accidens graves? car nous trouvons à peine dans tout votre ouvrage une observation dans laquelle il a fallu en venir à quelques antiphlogistiques;

3° Quels résultats les malades opérés par M. *Dieffenbach* ont-ils retirés de leur guérison? Ainsi, nous voyons (pag. 23) un *varus paralytique* guéri par la section des fléchisseurs du pied d'abord, puis par celle des extenseurs; or quel bénéfice a retiré l'opéré privé des extenseurs et des fléchisseurs du pied? Page 47, nous voyons faire la réduction d'une luxation ancienne de l'épaule, en opérant la section des muscles sus-épineux, sous-épineux et grand dorsal; et non-seulement on ne nous dit pas si l'opéré a éprouvé des accidens; mais on nous laisse encore ignorer si son bras pouvait lui servir à quelque chose, ce qui était d'autant plus important à savoir, qu'avant l'opération, le membre était atrophié.

Nous aurions encore bien des questions à adresser, et bien des faits à examiner, tels par exemple, que la destruction des ankyloses par la gouge et le maillet. Nous pourrions nous appesantir sur quelques contradictions vraiment extraordinaires et qui seraient capables de jeter quelques doutes sur le chiffre

des opérations attribués à Dieffenbach : c'est ainsi que dans un endroit nous voyons le chirurgien de Berlin compter quatre-vingts succès d'opérations de strabisme tandis que, 22 pages *plus loin*, nous lisons en toutes lettres : jusqu'à ce jour *Dieffenbach* a redressé dix-huit strabismes; mais cet examen nous ferait dépasser les limites que nous nous sommes imposées; nous aurons d'ailleurs occasion d'y revenir en examinant la 2e partie de cet ouvrage, dès qu'elle aura paru. J. B. PIGNÉ.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'ART DES ACCOUCHEMENS; par P. Cazeaux, doct.-médecin, professeur d'accouchemens, ancien chef de clinique, etc. Paris, Méquignon-Marvis, 1840, in-8° de 836 pages, avec 12 planches. Prix: 9 fr.

M. Cazeaux a divisé son sujet en cinq parties. Dans la première il expose les conditions anatomiques propres à la génération et à l'accouchement chez la femme. Ainsi le bassin est décrit, d'abord dans chacun de ses os et chacune de ses articulations, ensuite dans son ensemble. S'écartant de la route tracée par la plupart de ses devanciers, M. Cazeaux n'a pas fait suivre l'étude du bassin à l'état normal, de celle des anomalies que peut présenter cette cavité; rapprochant la cause des effets, il a renvoyé cette dernière étude à la quatrième partie de l'ouvrage, qui est celle dans laquelle il traite des accouchemens difficiles. Viennent, après la description du bassin, les organes internes et externes de la génération : l'utérus et ses dépendances, le vagin et la vulve. Tous ces détails sont exposés avec clarté, et méritent des éloges à l'auteur. Peut-être, cependant, ne sont-ils pas exempts de quelque superfluité, et n'était-il pas absolument nécessaire de décrire longuement chaque os et chaque articulation en particulier. Sans doute pour savoir comment les os du bassin forment cette cavité, il faut d'abord connaître chacun de ces os; mais ce qui importe essentiellement à l'accoucheur ce sont les conditions qui ressortent de l'ensemble des pièces osseuses. On peut se tirer parfaitement d'un cas difficile de clinique obstétricale sans connaître au juste les insertions des muscles extérieurs du bassin.

Dans la seconde partie, M. Cazeaux s'occupe de la génération, qui comprend quatre actes : la copulation, la conception ou fécondation, la gestation et l'accouchement. L'auteur glisse sur le premier de ces actes, dit quelques mots de la conception, et passe immédiatement à la gestation, qu'il approfondit. Nous recommandons plus spécialement au lecteur, dans cette partie, ce qui a rapport à la dilatation du col pendant la grossesse, et aux grossesses extra-utérines.

On sait combien les causes de ces dernières ont exercé la sagacité des ac-

coucheurs et des physiologistes, et combien elles sont encore mystérieuses? Il y en a une du moins qui nous paraît démontrée, c'est l'oblitération de la trompe, oblitération dont M. Cazeaux rapporte plusieurs exemples. On avait cru trouver une cause de la déviation du germe dans une frayeur éprouvée par la femme au moment de l'acte reproducteur, et on avait cité plusieurs faits à l'appui de cette explication qui ne peut subsister dès qu'il est démontré que l'ovule se détache seulement quelques jours après, et non pendant le rapprochement des sexes.

Les divers points qui se rapportent à la gestation : le fœtus, ses dépendances, ses fonctions, et, avant tout, les signes de la grossesse, sujet essentiel, puis les diverses affections qui, chez les femmes, sont propres à l'état de gestation, ont été successivement étudiés par M. Cazeaux, avec ordre et avec netteté.

L'auteur s'est peut-être montré un peu avare au sujet des divers dérangemens intellectuels et moraux qui peuvent atteindre la femme enceinte. Il y avait là une question médico-légale, sinon à approfondir, du moins à esquisser. La manie homicide, l'anthropophagie même se sont présentées chez la femme en état de grossesse. Les journaux, dont la véracité n'est malheureusement que trop suspecte, ont rapporté, il y a quelque temps, un fait étrange qui se serait passé en Espagne, près de notre frontière. Une jeune femme, enceinte, aurait tué son mari, qu'elle avait toujours aimé, et n'avait aucune raison de ne pas aimer, l'aurait salé, et en aurait fait sa nourriture. Ce qu'il y a de plus horrible, c'est qu'après la découverte du crime, si on peut dire qu'il y eût crime, cette malheureuse aurait refusé de prendre d'autres alimens que cette horrible chair salée, ce qui avait jeté la justice des Espagnes dans une grande perplexité. Ce fait n'est pas sans analogues dans la science.

La troisième partie est consacrée à l'histoire de l'accouchement. Partout on y voit briller cette qualité du professeur, qui, sachant combien de difficultés la parole du maître rencontre souvent à pénétrer dans l'esprit des élèves met le plus grand soin à tout exposer avec une clarté extrême. La clarté est le mérite principal de l'ouvrage de M. Cazeaux ; elle doit être celui de tout ouvrage de ce genre. L'explication des phénomènes mécaniques de l'accouchement est toujours plus ou moins difficile à saisir ; nous croyons que, dans la description qu'il en a faite, l'auteur du nouveau traité aura évité aux élèves de nombreuses difficultés. Il a indiqué, dans un tableau fort bien distribué, les principales classifications des présentations et positions du

fœtus, qui se sont produites depuis Solayres et surtout depuis Baudelocque.

Nous avons vu que la seconde partie comprenait l'histoire de la génération, dont l'accouchement est le dernier acte. Pourquoi donc M. Cazeaux a-t-il fait de l'accouchement, qui aurait dû être compris dans cette seconde partie, le sujet d'une partie distincte, la troisième? Il y a là un léger défaut dans la distribution de l'ouvrage. M. Cazeaux ne nous en voudra pas de le lui avoir signalé.

M. Cazeaux a su mettre à profit les travaux les plus récens des accoucheurs. Ainsi, avant même que M. Danyau eût traduit l'importante monographie du professeur Nœgelé sur le bassin oblique, il s'était fait traduire les passages essentiels de cet ouvrage.

La quatrième partie traite de la dystocie, et commence par un examen étiologique approfondi; les causes de dystocie appartiennent à la mère ou au fœtus. Ici se développe, dans tout son intérêt, l'histoire des vices de conformation du bassin, et des divers états anatomiques, soit relatifs aux parties molles, soit relatifs aux parties dures, soit congéniaux, soit acquis, qui peuvent se présenter chez la femme, et apporter un obstacle au grand acte de l'évolution fœtale.

La cinquième partie comprend l'histoire de la délivrance.

Sans doute nous n'avons pu donner qu'une idée imparfaite du livre de M. Cazeaux. Nous pensons, cependant, que cette rapide analyse suffira pour inspirer au lecteur le desir de connaître un ouvrage dont la place est marquée à la suite de nos meilleurs traités des accouchemens. Des figures exactes et bien dessinées facilitent l'intelligence du texte. Le plus bel éloge que nous puissions faire du livre de M. Cazeaux, c'est qu'il a été adopté par le Conseil royal de l'Instruction publique. C. M.

BIOGRAPHIE.

Astley Cooper.

Astley Cooper vient de mourir. C'était la plus grande gloire chirurgicale d'Angleterre, c'était l'homme que nos rivaux opposaient avec orgueil à Dupuytren. Pendant la vie de ces deux chirurgiens éminens, on les a souvent comparés : ils n'en étaient fâchés ni l'un ni l'autre. Ce parallèle faisait sourire Dupuytren, qui ne souriait pas souvent; il semblait flatter Cooper. A la mort de Cooper on a tenté de nouveau ce parallèle, et on a marqué les points de ressemblance. Il serait plus curieux, peut-être plus facile, de faire ressortir les différences. Tous deux aimaient assez à poser. Dupuytren prenait continuellement des airs de grandeur sous un costume d'une humilité plus que chrétienne. Son œil petit, de couleur incertaine, avait un regard pénétrant. Les lignes de sa bouche étaient heurtées, ses lèvres mal coupées et tirées en bas accusaient une tendance au dedain. Dans la conversation, on remarquait sur le visage de Dupuytren un air de doute, d'incrédulité quand il écoutait; une expression fortement affirmative quand il répondait. — Cooper avait des manières bienveillantes, une tenue simple mais digne : il ne pensait pas qu'une négligence affectée dans sa toilette pourrait donner un nouveau lustre à son talent. Son œil était ouvert, doux; au lieu du dédain il y avait, dans le mouvement de ses lèvres, une certaine bonhomie, peut-être un peu fardée. Enfin Cooper avait un visage plus heureux que son émule. Peut-être son cœur n'avait-il pas été le théâtre de tous les orages qui ont troublé la vie de Dupuytren. Il y avait du J. L. Petit dans la tête de Cooper du Garengeot dans celle de Dupuytren. De pareilles différences dans ces deux hommes ont dû faire naître des différences dans les sentimens qu'ils ont inspirés à leurs confrères. On a dit que Cooper n'avait que des amis : que je sache, il n'a pas fait d'ingrats. Dupuytren a eu beaucoup d'ennemis; il a formé une foule d'élèves qui n'ont pas toujours été reconnaissans. J'allais dire que Dupuytren avait eu peu d'admirateurs. Ceci n'étonnera pas ceux qui savent que pour faire des admirateurs dans un certain monde, il faut des instincts et des allures qui étaient trop au dessous du caractère de Dupuytren. Son accès était difficile, il flattait peu, et ce n'étaient pas les petits

qui avaient ses rares caresses. Son amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, quoique nombreux, était généralement bien composé ; il était silencieux et observateur. Tandis que non loin de là était un amphithéâtre bruyamment agité par des applaudissemens, dus à des moyens qui peuvent faire un instant de popularité, mais qui finissent par nuire au professeur et quelquefois aux élèves. A la Pitié il y avait des admirateurs, à l'Hôtel-Dieu des appréciateurs.

Cooper n'avait pas adopté ou n'avait pas suffisamment compris ce haut enseignement chirurgical que Dupuytren dirigeait si bien. Tous deux étaient très capables de former des élèves ; Cooper a peut-être formé autant de praticiens que Dupuytren, tandis qu'il est loin d'avoir crée autant de professeurs. Cooper plus communicatif, plus accessible, transmettait ses connaissances de la main à la main. Il semblait préférer l'enseignement de tradition ; il conservait des habitudes de maitrise. Dupuytren ne descendait jamais des hauteurs de sa chaire, il ne faisait aucune confidence, même scientifique. Son enseignement était toujours solennel, officiel, jamais officieux. Quand la vérité arrivait aux habitués de l'Hôtel-Dieu, elle venait de haut. Dupuytren n'enseignait pas seulement les faits cliniques, mais la clinique elle-même, c'est-à-dire, la méthode pour observer, apprécier et bien exposer les faits chirurgicaux. Il avait la vraie éloquence de la chaire qu'il occupait ; tandis que Cooper se bornait généralement à une causerie instructive. Dupuytren possédait quelques qualités de Desault et de Pelletan, et des qualités bien supérieures encore : Cooper semblait rappeler souvent A. Dubois ou Boyer en ce que celui-ci pouvait avoir d'uu peu élevé.

J'arrive à un point qui semble rompre complètement le parallèle qu'on a voulu établir entre ces deux chirurgiens, le moral. J'y toucherais si j'avais la certitude d'être bien compris. Dans le doute, je m'abstiens.

Cooper avait la plus grande estime pour les chirurgiens français ; il les recevait à Londres avec distinction et une cordialité peu anglaise. A leur départ, il leur faisait des présens. On sait, qu'avant M. Charrière, la coutellerie anglaise était très recherchée et un chirurgien français ne retournait jamais de Londres sans faire un peu de contrebande ; Cooper les prévenait. Ainsi M. Roux possède des cathéters, des gorgerets qui lui ont été offerts par son collègue d'outre-mer. Ce ne sont pas les seuls souvenirs qu'il conserve de lui. M. Roux en porte dans le cœur qui lui sont plus précieux, car Cooper avait su aller jusqu'à ce cœur. Même, en écrivant à Dupuytren, il parlait de Roux. Et, savez-vous, Cooper n'était pas abondant dans sa correpondance. M. Marx, le secrétaire intime

ou à-peu-près tous, il reprit le bistouri pour mourir, les armes à la main, comme ils le disent tous, c'est-à-dire, pour a....

La mort de Cooper a été un malheur public. Ses funérailles ont été célébrées avec une grande pompe. Son corps a été exposé pendant plusieurs heures dans une salle de l'hôpital Guy et sur son corbillard, couvert de velours noir et magnifiquement orné, étaient déposés les insignes des ordres dont il était décoré. Ses armoiries étaient gravées sur deux boucliers. La foule qui a assisté au service funèbre, célébrée dans la chapelle de l'hôpital était immense, on y remarquait surtout la jeunesse médicale.

Comme on le pense bien, les Anglais ont déjà fait provision d'anecdotes, de dates et de petits faits sur cette célébrité.

A. Cooper est mort immensément riche, ses honoraires annuels se sont élevés jusqu'à la somme de 21,000 liv. sterling (525,000 fr.), la moyenne était de 15,000 liv. (375,000 fr.); sa maison était journellement assaillie par une foule de malades, dont le plus grand nombre ne pouvait obtenir audience qu'après une longue attente. Un de ses domestiques gagna dans une seule année 600 liv. (21,000 fr.), en distribuant des tours de faveur. Le prix de quelques-unes des opérations de A. Cooper dépasse tout ce qui s'était vu en ce genre. Un vieux gentleman traité heureusement par Cooper et étant en pleine convalescence lui dit un jour : « J'ai jusqu'ici récompensé le médecin, mais je n'ai pas satisfait le chirurgien » ; et lui ayant demandé ensuite ce qu'il exigeait pour l'opération, et Cooper ayant répondu que c'était 200 guinées environ (5400 fr.) ; « ho ho, répliqua le malade, je ne vous donnerai certes pas une telle somme, voici tout ce que je peux vous offrir » ; et en même temps, il ôta de sa tête son bonnet de nuit et le présenta au chirurgien : « Monsieur, je vous remercie, dit celui-ci, tout ce qui vient de vous est acceptable, » et il mit le bonnet dans sa poche. Rentré chez lui, il y trouva un mandat de 1000 guinées (26,000 fr.).

Un monsieur Stœr était venu quelquefois consulter sir A. Cooper, il était toujours sorti sans payer. Le chirurgien pensant que c'était un homme peu fortuné, lui continua ses soins. Peu de temps après il reçut une lettre de M. Stœr, qui lui annonçait qu'allant à la bourse il s'était souvenu qu'il avait un omnium (sorte de coupon d'action), dont il n'avait pas disposé encore. Il avait pris la liberté de le négocier en son nom pour 3000 livres (75,000 fr.); mais, dit-il, les fonds ayant monté bientôt après, il avait pris de nouveau la liberté de le vendre pour lui et qu'il lui envoyait la différence qui était de 62 liv. 10 shillings.

Le roi Georges IV avait une petite tumeur sur le péricrâne. Après bien des consultations, l'ablation de sa tumeur royale fut décidée : sir Cooper fut choisi pour l'opération. Lord Liverpool et plusieurs membres du cabinet occupaient une pièce contiguë à la chambre du roi. Quelques instans avant l'opération on s'aperçut qu'Astley Cooper était très pâle et agité. Lord Liverpool le remarquant, s'approcha de lui et lui saisissant la main fortement lui dit : « Souvenez-vous que cette opération vous sauve ou vous perd. Courage sir Astley »; ces inconvenantes paroles auraient pu troubler davantage Cooper. Elles eurent un effet contraire, aussitôt toute apparence d'hésitation disparut de son visage, et il exécuta l'opération avec son sang-froid et son habileté accoutumés.

Les titres scientifiques de Cooper sont nombreux. J'en donnerai le titre à la fin de cet article. On a traduit en France la plupart des mémoires et observations qu'il a publiés. En voyant cette longue liste, on dira que Cooper a plus écrit que Dupuytren. Mais, si on fait abstraction des observations souvent insignifiantes, des faits communiqués des confrères et si on réduit cette liste à sa partie originale, Cooper est bien amoindri. Cependant, il reste toujours grand, mais moins grand que Dupuytren. Il n'y a pas dans les œuvres de Cooper un travail comparable au mémoire de Dupuytren sur les anus contre nature, ni aux recherches sur la fracture du péroné. Ces deux productions, surtout la dernière, contiennent des erreurs; mais elles renferment des faits, des idées qui ont germé depuis, et on peut dire que ce sont des monumens. Ces deux mémoires méritent d'être placés auprès des plus forts travaux de l'ancienne Académie de chirurgie. Il n'y a rien d'aussi capital dans le livre de Cooper. Selon moi, les meilleurs chapitres de celui-ci sont celui des *Maladies du testicule* et celui des *Maladies du sein*. Ici, Cooper, profitant de sa vaste expérience, a fait des distinctions pratiques sur les tumeurs chroniques de ces organes qui resteront. Avant lui, on confondait beaucoup de tumeurs sous le nom de cancer. Le pronostic, la thérapeutique recevaient le contre-coup de ces erreurs de diagnostic. Cooper a distingué les *tumeurs bénignes des tumeurs malignes*. Les premières ne se lient pas à un état, à un vice général; leurs causes, leurs effets sont dans la localité qu'elles occupent. Les secondes sont de vraies dégénérescences; elles tiennent à des vices qui infectent toute l'économie; leurs effets sont locaux et généraux. Les premières peuvent être guéries ou opérées avec succès. Les autres ne peuvent être guéries et ne doivent être opérées que dans certaines circonstances que Cooper fait ressortir. Ces deux chapitres prouvent que

Cooper s'était inspiré à l'école anatomique. On peut même dire qu'il a été pour quelque chose dans le grand et salutaire mouvement qui s'est opéré depuis le commencement de ce siècle dans l'anatomie pathologique.

Voici d'ailleurs les titres de tous les travaux connus de Cooper :

The dissection of a case of hernia through the diaphragm which proved fatal (Medical researches, 1798).

Account of three case of obstruction of the thoracic duct (Ibid.).

Observations on the effects which take place from the destruction of the membrana tympani of the ear (Philosophical transactions, 1801). — Traduit dans les *OEuvres chirurgicales complètes*, par MM. Chassaignac et Richelot.

Account of an operation for the removal of a particular kind of deafness (Philosophical transactions, 1801). —Traduit dans les *OEuvres chirurgicales*). — Ces deux derniers mémoires valurent à Astley Cooper le prix Copley.

The anatomy and surgical treatment of inguinal and congenital hernia Londres, 1804.

The anatomy and surgical treatment of crural and ombilical hernia. Londres, 1807.

Ces travaux ont été réunis sous le nom de *Treatise on the hernia* (Traité des hernies). L'édition la plus remarquable est la grande édition in-folio avec planches, annotée par Aston Key; elle a été choisie par les traducteurs français pour les *OEuvres chir.*

Two cases of ligature of the carotid artery (Transactions of the medico-chirurgical society, 1er volume, 29 janvier 1806). — Traduit dans les *OEuvres chir.*

Second mémoire sur le même sujet (Ibid., 21 février 1809). — Traduit dans les *OEuvres chir.*

The dissection of a limb on which the operation for popliteal aneurysm had been performed (Ibid. 18 juin 1822. 1er vol.); Traduit dans les *OEuvres chir.*

Some observations on spina bifida (Ibid. 1er vol. 12 mai 1811). — Traduit dans les *OEuvres chir.*

The history of a case of premature puberty (Ibid. 6e volume).

An account of the anastamosis of the arteries in the groin. (Ibid. 13 juillet 1813). — Traduit dans les *OEuvres chir.*

Three cases of calculi removed from the bladder of the male, without the use of cutting instruments (Ibid.). — Trad. dans les *OEuvres chir.*

An account of a case in which numerous calculi were extracted from the bladder urinal of the male, without employing cutting instruments (Ibid. 11e vol. 6 février 1821). — Trad. dans les *OEuvres chir.*

The history of an operation in which a fatty tumour weighing above 37 pounds was removed from the parties of the abdomen (IIe vol.). — Trad, dans les *OEuv. comp.*

Troisième Mémoire sur l'extraction des calculs (Ibid. 11 juin 1822). —Traduit dans les *OEuvres chir.*

Further account of the extraction of calculi from the bladder (Ibid. XII vol, 19 novembre 1822). — Trad. dans les *OEuvres chir.*

Surgical essays (1821, Londres) ; publiés en société avec B. Travers, Cooper fournit les mémoires sur les luxations, la ligature de l'aorte, les exostoses, les fistules de l'urètre, les luxations de la cuisse, les fractures du col du fémur; les tumeurs enkystées. Ces essais ont été trad. en franç. par G. Bertrand, sous le titre: *OEuvres chir. d'A. Cooper et de B. Travers* Paris, 1822, in-8. 2 vol. avec 22 pl. lith.

Essays on fractures and dislocations. Traité des luxations et des fractures des artioulations (1822 et supplément en 1823) ; avec planches gravées. Ce traité a été réimprimé dix fois en Angleterre. —Traduit dans les *OEuvres chir.*

Illustrations on the diseases of the breast (Londres 1829 ; in-4. Planches). — Trad. dans les *OEuvres chir.*

On the structure and diseases of the testis (Londres, 1830 ; grand in-4. Planches). — Trad. dans les *OEuvres chir.*

The anatomy of the thymus gland (Londres, 1832, grand in-4. Planches). — Traduit par M. Pigné, dans le *journal universel hebdomadaire.* Tome VIII, nos 96 et 98.

A case of femoral aneurism for which the external iliac artery was died, with an account of the preparation of the limb, dissected at the expiration of thirteen year (Guy's hospital Reports). —Trad. dans les *OEuvres chir.*

An account of the first succesful operation performed on the common carotid artery in 1808. — With the post mortem examination in 1821 (Guy's hospital Reports). —Trad. dans les *OEuvres chir.*

Some experiment and observations on tying the carotid and vertebral arteries and the pneumo-gastric, phrenic, and sympathetic nerves (Ibid.).

On spermatocele and varicocele of the spermatic cord (Ibid.).

On dislocation of the os humeri upon the dorsum scapulo, and upon fractures near the shoulder joint (Ibid.).

Anatomy of the breast (Londres, 1839; grand in-4., avec planches, n'a pas été traduit.

Dissection of a supposed hermaphrodite (Guy's hospital Report, octobre 1840).

Presque tous les travaux d'A. Cooper sont, comme nous l'avons vu, traduits par MM. E. Chassaignac et G. Richelot, sous ce titre: *Œuvres chir. comp.* de sir A. Cooper, trad. de l'anglais avec notes. Paris, in-8 de 621 pages, compacte sur deux colonnes.

Delpech.

Cet essai historique est extrait d'un parallèle de Delpech et de Dupuytren fait par M. Bouisson, professeur de la Faculté de Montpellier (1). Nous avons cherché dans ce résumé à conserver les traits de Delpech en effaçant, le plus possible, ceux de Dupuytren qui sont beaucoup plus connus. L'auteur de cet élégant et impartial parallèle nous pardonnera facilement la liberté grande que nous avons prise de porter la main sur son éloquence, en songeant que c'est en faveur de son héros.

Delpech ne voyait dans les études que le bonheur de les cultiver, et dans cet abandon au goût irrésistible qui concentrait toutes ses méditations dans la science chirurgicale, les conquêtes incessantes de sa mémoire et de son jugement semblaient comprimer chez lui le désir d'écrire; aussi n'eut-il pas à se reprocher des publications prématurées. A peine revêtu du doctorat, à Montpellier (2), Delpech enseigna et pratiqua pendant quelque temps la chirurgie à Toulouse; mais il ne tarda pas à se transporter à Paris pour y satisfaire cette soif d'instruction, qui est une garantie d'autant plus sûre, qu'en arrêtant l'explosion de l'imagination, elle semble mettre ses forces en réserve. Delpech, dont l'existence chirurgicale fut si riche d'invention, dont l'esprit créateur devait se révéler avec tant de diversité, conserva longtemps l'humble dépendance du disciple; il était admirateur éclairé de Boyer, dont il reproduisait les préceptes dans l'enseignement privé de la chirurgie;

(1) Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier.

(2) Sa thèse inaugurale, soutenue en 1801, est intitulée: *De la possibilité et du degré d'utilité de la symphyséotomie.*

on connaît sa vénération pour Scarpa, qu'il nommait le premier chirurgien de l'Europe. C'est sous la tutelle de cet illustre maître qu'il produisit pour la première fois son nom dans le monde chirurgical; il publia la traduction du traité sur l'anévrysme, du chirurgien de Pavie (1), et montra un si grand respect pour l'œuvre qu'il faisait connaître en France, qu'il n'osa l'accompagner d'aucune réflexion. Cependant la modestie du traducteur ne put cacher ni son mérite propre, ni la valeur du service qu'il rendait. Delpech, secouant le joug d'une triste exactitude littérale, traduisit surtout le génie de son modèle; son nom et celui de Scarpa furent dès-lors heureusement associés; alors aussi Delpech grandit dans l'opinion publique, son enseignement particulier devint de plus en plus brillant; l'enthousiasme de ses auditeurs le contraignit à s'apercevoir qu'il était maître à son tour; et Dupuytren put s'assurer que la mort de Bichat n'avait pas dû étouffer toutes les inquiétudes de la rivalité.

La même année du concours pour la chaire de Sabatier à Paris, Delpech parut à Montpellier dans une lice qui ne fut pas moins honorable que celle où il avait voulu s'engager à Paris; la réputation de ses concurrens Fages et Maunoir (de Genève) rendirent sa victoire éclatante, et les témoins des mémorables séances de ce concours redisent encore les vives impressions qu'elles firent naître. Ne dut-on pas s'étonner, en effet, de voir paraître tout-à-coup, à travers la vieille renommée d'une école essentiellement médicale, celui qui devait fonder une ère nouvelle pour la chirurgie? L'influence de l'école de Montpellier avait à peine été sensible sous ce dernier rapport. Guy de Chauliac, Rousset, Littre, Lapeyronie n'y avaient fait qu'une apparition rapide; et bien que Cabrol eût illustré sous le rapport chirurgical l'enseignement de notre école, bien que Goulard ait depuis honorablement pratiqué la chirurgie et se soit fait connaître par l'emploi des préparations saturnines; que Serres ait servi de maître à Solayrès, ce fondateur de l'obstétrique moderne, que Lamorier ait acquis de la réputation par son habileté chirurgicale et les mémoires qu'il a laissés, que Vigarous ait disputé à Physique l'honneur de la première résection de l'humérus dans sa portion scapulaire; que Méjan, enfin, ait attaché son nom à une ingénieuse méthode de traitement pour la fistule lacrymale, la chirurgie n'a pris un essor réel qu'au moment où parut Delpech. L'origine de son influence remonte au concours même qui lui valut le titre de professeur de clinique; ses brillantes

(1) Réflexions et observations anatomico-chirurgicales sur l'anévrysme, 1809.

épreuves fixèrent l'attention générale, et la thèse qu'il soutint sur les plaies de tête fit ressortir la facilité qu'il avait à composer, en même temps qu'elle présenta les premiers traits de ces jetées d'imagination dont il vivifia plus tard toutes ses productions.

Quelque brillant que pût paraître l'enseignement de Dupuytren, on peut assurer que son rival de Montpellier répandit un éclat plus vif encore. Une richesse d'expression, une facilité d'élocution, qui firent goûter un charme nouveau même dans une contrée où l'éloquence est pour ainsi dire inhérente au sol, annoncèrent bientôt que Delpech comptait parmi les plus grands maîtres.

Delpech et Dupuytren avaient toutefois une manière d'enseigner bien distincte. Celui-ci, après avoir élaboré la pensée, l'exposait méthodiquement; il y avait harmonie et esprit de suite dans ses leçons, tout semblait pesé, médité, calculé à l'avance. Delpech s'abandonnait avec plus de verve; sa parole rapide, comme sa conception, tantôt pressait les argumens, tantôt les variait par des tableaux vivement colorés. Dupuytren composait ses leçons avec mesure, et connaissait mieux ce qu'on nomme l'économie du discours; il ralliait toutes ses idées autour de quelques points principaux, et avait le soin d'insister, de revenir même sur les passages dont il connaissait l'importance; ses descriptions de maladies étaient d'une exactitude parfaite. Delpech, sans cesser d'être exact, possédait davantage l'art d'intéresser; il était plus expansif, racontait avec chaleur, et avait toujours le talent d'échapper à la monotonie des divisions classiques consacrées à l'histoire des maladies. Dupuytren était maître de sa pensée et la comprimait au besoin. Delpech en était l'esclave; mais l'essor de ses idées le compromettait rarement, parce qu'il était habitué à penser juste. Qu'il était éloquent quand il ne cherchait point à l'être, et qu'entraîné par une subite et profonde émotion il la laissait éclater! Le professeur de Paris, toujours retenu par les lois d'une sévérité dogmatique, trahissait l'uniformité de son génie; celui de Montpellier, moins arrêté dans ses conceptions, jetait ses pensées avec vivacité, multipliait leurs nuances, et décomposait leur exposition de manière à leur donner du relief et de l'originalité.

L'enseignement clinique comporte, comme chacun le sait, un cachet spécial. Essentiellement basé sur l'actualité des sujets d'observation, il les soumet à l'instruction et au contrôle des élèves, et fait rarement intervenir la science du passé. Cependant l'érudition ne peut être considérée comme un vain luxe dans ce genre de leçons. S'il s'agit du signalement de quelque grande décou-



verte, il convient d'en tracer l'histoire; s'il faut faire comprendre l'importance d'un procédé de thérapeutique chirurgicale, il est souvent indispensable de remonter dans les âges de la science, pour découvrir les vicissitudes des idées dont on a fait l'application et juger la dernière à laquelle on s'est arrêté. Enfin, en présence des faits eux-mêmes, le mérite des inventeurs ressort mieux que dans une leçon dogmatique; leur nom se grave plus sûrement dans l'esprit des élèves, et cette association se transforme en un procédé mnémonique qui ne manque pas de porter ses fruits. Le souvenir du nom maintient celui du fait, et la connaissance de ce dernier rappelle ordinairement le nom et le mérite de celui qui en a cédé la propriété à la science. Delpech avait trop bien apprécié ces avantages pour s'envelopper dans une étroite personnalité et présenter tous les points de chirurgie comme s'il les créait; quelques traits d'érudition venaient montrer que le professeur rendait hommage aux lumières de tous les temps et de tous les lieux.

L'habileté dans la pratique est la fin de l'art; toutes les ressources de l'éducation médicale et chirurgicale tendent à la développer. Mais il faut convenir que, sous ce rapport, la nature favorise particulièrement certains hommes et leur donne une aptitude qui non-seulement affaiblit pour eux l'importance des règles établies, mais transforme les exemples qu'ils donnent en des règles nouvelles. Tels furent Dupuytren et Delpech : l'un et l'autre peuvent, avec des nuances différentes, être cités comme des modèles; tous les deux trouvèrent dans leur extrême habileté pratique les moyens de propager leur immense réputation ; tous les deux apportèrent enfin des conditions qui sont une garantie habituelle du succès, un jugement supérieur, et cet instinct réel du bien et de l'humanité, qui est aussi une source de clairvoyance. Le jugement et le sens moral se soutiennent réciproquement; lorsque le premier n'est pas suffisamment affermi, la conscience devient le souverain juge dans les rapides oscillations de la volonté; elle est, suivant la comparaison de Kant, comme la déesse de la sagesse, qui faisait pencher la balance quand les voix étaient partagées dans l'aréopage.

Les panégyristes de Dupuytren ont multiplié les exemples des succès de ses tentatives hardies, dans les cas où il ne semblait pouvoir prendre conseil d'aucun souvenir, d'aucun précepte. Delpech était aussi très heureux dans les cas insolites; il improvisait rapidement de nouvelles ressources, et semblait plus sûr de lui-même à mesure que les règles de la science lui manquaient. Sous ce rapport même, ses inspirations étaient peut-être plus vraies que celles de Dupuytren ; car les historiens de ce dernier semblent avoir surpris le secret

de sa divination, et s'accordent presque tous à l'imputer à un jugement solide, mûri à l'avance, sans que l'illustre professeur eût initié les élèves aux suites de ses réflexions. Nous pouvons affirmer que, chez Delpech, il existait une spontanéité réelle; le chirurgien de Montpellier ne savait comprimer aucune des idées qui venaient l'assiéger; il pensait tout haut devant le tribunal éclairé qui jugeait ses actes, et l'élève pouvait suivre toutes les nuances de ses impressions.

Delpech porta toujours aussi une conscience rigoureuse dans les actes de sa pratique chirurgicale; mais il pensait vite, et son diagnostic porta quelquefois l'empreinte de ses jugemens précipités. Sa thérapeutique elle-même, quoique généralement très heureuse, ne fut pas non plus à l'abri des impulsions rapides auxquelles il obéissait; il se décidait sur-le-champ aux opérations les plus graves, plein de confiance en lui-même et dans les ressources de la nature. On sait qu'il a pratiqué plusieurs fois la désarticulation de la cuisse, qu'il a lié les vaisseaux les plus profonds, extirpé la totalité de l'utérus par l'hypogastre (1). M. Dubreuil, son ami et souvent le modérateur de ses idées aventureuses, nous a communiqué que, dans un cas grave, il s'était décidé à lier à-la-fois les deux carotides primitives sur un enfant de 12 ans. Mais Delpech justifiait la plupart de ses entreprises par son habileté manuelle (2). Si Dupuytren avait plus de sûreté dans le jugement, Delpech avait plus de sûreté dans l'œuvre. Cette aptitude à bien faire se traduisait dans toute sa personne; il manifestait un bonheur dans le geste, une éloquence d'action qui ne l'abandonnaient jamais et qui répandaient une sorte de solennité dans les circonstances les plus ordinaires. Quand on venait de goûter le plaisir de l'entendre, la sensation était prolongée par celui de le voir; car il y avait de l'instruction à acquérir dans l'étude de ses mouvemens, des leçons à prendre dans les détails de son attitude.

Il fallait le suivre principalement dans l'exécution des grandes opérations chirurgicales : rien ne peut donner l'idée de sa dextérité; la promptitude, l'élégance, la sûreté marchaient de front, et cette inspiration, qui se traduisait dans le jeu de ses mains, exerçait une impression comparable à celle du regard ou de la parole. Delpech faisait admirer ses actes comme ses discours.

(1) Dupuytren s'est toujours abstenu de faire une pareille opération; il assista, les bras croisés et dans un silence profond, aux essais malheureux qui ont été faits à Paris. C'est là un de ses plus beaux titres à l'estime des vrais chirurgiens.

(2) Il est des entreprises chirurgicales que l'habileté manuelle ne peut justifier : la ligature des deux carotides est du nombre de ces entreprises.

On n'oubliera jamais cette opération qui eût paru téméraire à tout autre, et dans laquelle l'étonnant chirurgien exhuma des organes génitaux mâles enfouis dans une énorme masse éléphantiaque du scrotum, et les rendit à leur forme naturelle. Cette œuvre brillante excita un enthousiasme si grand, que des applaudissemens spontanés partirent de tous les points de la salle encombrée de spectateurs, comme s'ils venaient d'être émus par le mouvement oratoire le plus entraînant.

L'éloquence et l'habileté exercent une influence restreinte dans les limites de la vie, elles élèvent un homme parmi ses contemporains; mais la mort vient effacer rapidement ces priviléges éphémères, et bientôt il n'en reste plus qu'un souvenir qui va toujours en s'affaiblissant. Les hommes véritablement passionnés pour les progrès de la science cherchent à perpétuer par des écrits les services qu'ils rendent; Delpech surtout se laissa emporter par ce désir ardent de conserver ses idées pour la postérité, comme s'il se croyait comptable de l'emploi de ses forces envers l'humanité tout entière. Ses nombreux écrits atteignent aujourd'hui le but que se proposait leur auteur. L'époque dédaigneuse qui les vit paraître en accueillit plusieurs avec indifférence; mais la postérité, qui commence déjà pour cet illustre chirurgien, reconnait enfin le mérite de ses ouvrages, et n'éprouve aucune contrainte à évoquer les vigoureux produits que son génie sut y déposer. Si la critique a ses avantages, si la crainte qu'elle inspire comprime l'essor qui serait ouvert à toutes les ridicules inspirations de l'orgueil, il faut convenir aussi qu'elle épuise souvent ses traits d'une manière intempestive sur des œuvres d'une valeur réelle. Dans son *Précis des maladies réputées chirurgicales,* Delpech avait voulu combiner les avantages d'un traité classique et d'un compendium de ses propres idées : il s'était imposé l'obligation de présenter la science telle qu'il la concevait, sans blâme et sans éloge pour ses auteurs. La hardiesse de ses opinions blessa quelques susceptibilités; on ne lui pardonna pas de n'avoir loué personne, car, il est malheureux de le dire, beaucoup de gens n'écrivent que pour être loués. On connait aussi l'intolérance de certains hommes pour les produits du talent supérieur; la médiocrité est toujours inquiète; dans sa répugnance invincible pour tout ce qui est évidemment digne et élevée, elle se croit blessée alors même qu'on l'oublie; elle est à l'esprit ce que le remords est au cœur. Delpech essuya quelquefois les attaques qu'elle inspire, mais son génie actif ne se laissa point décourager. Les deux volumes in-4° de sa *Chirurgie clinique,* son *Traité d'Orthomorphie,* son *Mémorial des hôpitaux du Midi ;* de nombreux articles insérés dans les publi-

cations périodiques de la capitale; d'autres travaux que nous aurons à mentionner plus tard, vinrent témoigner de la fécondité de son esprit et de l'originalité de ses vues. La critique semblait même le stimuler davantage : plus désireux d'exciter l'admiration secrète de ceux qui le dénigraient que de rabaisser leur propre valeur, Delpech répondait à un trait satirique par un nouveau tribut à la science; il lui portait son contingent avec le pressentiment ou le désir d'immortaliser son nom.

Le *Précis des maladies réputées chirurgicales*, qui parut en 1816, fut un livre entièrement neuf pour le fond et pour la forme. Si l'on peut reprocher quelques inconvéniens à la méthode et au plan adoptés par Delpech, on ne saurait disconvenir au moins que l'auteur n'ait répandu dans les groupes artificiels qu'il a établis, une foule d'idées riches. On peut s'en convaincre surtout en lisant les chapitres relatifs à la gangrène, aux corps étrangers, aux fractures, aux difformités, et surtout aux lésions organiques. Parmi les vues les plus intéressantes qui s'y trouvent consignées, je me bornerai à rappeler l'application de la ténotomie à la cure du pied-bot, le signalement des maladies qui réclament l'emploi des procédés autoplastiques, des recherches sur l'altération des tuniques des artères qui précèdent la formation des anévrysmes, enfin la détermination de la véritable nature du mal de Pott, confondue avant Delpech avec la carie proprement dite. La plupart de ces idées, froidement accueillies quand leur auteur les livra à la publicité, ont été reprises par les chirurgiens de notre époque et poursuivies dans leurs applications avec une telle intensité de zèle, qu'il n'est pas douteux qu'on ne se soit laissé entrainer au-delà des limites. Le livre de Delpech se fait encore remarquer par l'esprit médical qui vivifie tous les faits qu'il expose.

Ce même caractère se retrouve dans les mémoires qui composent sa *Chirurgie clinique*. Mais c'est ici principalement que le génie particulier de notre illustre maître apparaît dans tout son éclat. Parcourez les articles sur la ligature des artères, où Delpech répand de l'intérêt sur tous les points de ce fragment important de la thérapeutique; sur le pied-bot, où l'auteur affermit ses idées sur l'utilité de la section du tendon d'Achille, par le résultat de son expérience; cette revue générale des maladies vénériennes (1), qui fait aimer une théorie dont l'intérêt se soutient toujours au sein même de ses imperfections; lisez ce beau travail sur les kystes qui présente à-la-fois des formes nouvelles de ces tumeurs et les résultats d'opérations extraordi-

(1) Voy. à ce sujet, l'exposition des idées de Delpech par le prof. Boyer.— Mémor. des hôpitaux du midi, 1830.

naires couronnées d'un plein succès; ce mémoire sur la rhinoplastique et sur la restauration des lèvres où l'auteur réunit au mérite de réhabiliter des idées abandonnées, celui d'en régulariser l'application par les procédés ingénieux qu'il invente; méditez enfin son remarquable traité sur quelques phénomènes de l'inflammation, où la modestie du titre ne peut dissimuler la supériorité des conceptions émises par Delpech. Si la théorie de la pyogénie est un peu trop exclusive, que cette imperfection légère est compensée par l'étude si bien poursuivie des transformations de la membrane pyogénique! L'auteur décrit avec entraînement l'organisation, les propriétés, les effets pathologiques du tissu inodulaire rétractile dans tous les sens et d'une manière presque indéfinie. Il indique les moyens de prévenir sa formation en obtenant la réunion immédiate, et de neutraliser ses effets, lorsqu'il est produit, en l'extirpant comme un corps étranger. Sous ce rapport, ses idées sont plus heureuses et plus fondées en pratique que celles de Dupuytren qui s'est occupé de la même matière. Delpech, envisageant son sujet sous toutes les faces, fait encore servir la connaissance des propriétés de ce tissu à la guérison de quelques maladies. C'est ainsi qu'il recommande de provoquer la formation des inodules, en cautérisant la peau de la paupière dans le trichiasis, pour renverser et maintenir au-dehors les cils qui irritent le globe de l'œil.

Le *Mémorial des hôpitaux du midi*, que l'activité de Delpech a suffi seule pour entretenir pendant plusieurs années, renferme un grand nombre de mémoires originaux sur les principales lésions organiques, sur l'empyème, sur les maladies de l'os maxillaire inférieur, etc. Delpech y propage son principe fécond de la réunion immédiate appliquée aux grandes opérations chirurgicales.

Enfin, le *Traité d'orthomorphie* du professeur de Montpellier est presque entièrement fondé sur des observations qui sont propres à son auteur : c'est le premier ouvrage complet qui ait été publié en France sur cette matière depuis le commencement du siècle, et l'on chercherait en vain à dissimuler l'influence qu'il a exercée sur cette branche de l'art de guérir. Dans ce catalogue étendu des productions de Delpech sur la science chirurgicale, on voit donc qu'il sut aborder avec profit les questions les plus élevées de la théorie et de la pratique, se tracer une voie au sein des grandes difficultés, et combler plusieurs lacunes avec les produits immédiats de son expérience personnelle et de son invention.

La direction de l'activité ne fut pas identique chez les deux professeurs rivaux : Dupuytren avait ouvert sa carrière scientifique par des travaux rela-

tifs à l'anatomie et à la physiologie; Delpech ne s'y livra qu'à la fin de ses jours. La physiologie avait préparé les connaissances chirurgicales chez Dupuytren, celles-ci donnèrent à Delpech le goût des études physiologiques; en effet, cette intéressante science de la vie présente avec toutes les autres d'intimes connexions, elle leur sert à-la-fois d'introduction et de complément, de source et de but. Quiconque a été grand physiologiste réunit les conditions d'un grand praticien, et celui qui a consumé son existence dans l'observation des maladies, a recueilli une infinité de faits et de vues qui peuvent enrichir la science des phénomènes vitaux. Aussi Delpech avait-il formé le projet d'utiliser ses observations pour la publication d'un traité de physiologie, et de compléter, par des expériences directes, l'étude des sujets que l'observation de l'homme malade n'avait pas suffisamment éclairés. Ce projet est à peine formé que Delpech se met à l'œuvre. Dès ses premiers essais, il attaque de front les plus hautes difficultés de la science. Une idée physiologique lui sourit : l'électricité lui apparaît comme la divinité qui va dénouer cette obscure intrigue de la vie humaine, et nous le voyons entreprendre les recherches les plus délicates, s'efforcer de surprendre dans l'œuf l'origine de la vie, et tenter du moins d'en expliquer les premières lois : efforts bien respectables sans doute, mais qui se brisent devant l'impénétrable obscurité du phénomène initial de l'existence. Delpech, séduit par les découvertes des modernes sur les phénomènes électro-magnétiques, crut retrouver les preuves de leur existence dans l'évolution de l'embryon et la direction des courans sanguins qui s'y établissent. Mais on l'a déjà pressenti, le problème entier ne fut pas résolu. Toutefois la description des détails observés par Delpech est remarquable; son mémoire fut couronné par l'Académie des sciences.

VARIÉTÉS.

Un article anonyme d'un auteur bien connu.

Dans la *Revue scientifique et industrielle* (mars et avril 1841) a paru un article de chirurgie tombé d'une plume qui se cache, mais que je crois reconnaître à sa verdeur. Cet article est surtout écrit dans un esprit d'opposition à l'*industrialisme chirurgical*. C'est évidemment la péroraison du discours dont les premières foudres ont éclaté dans le sein de l'Académie le jour où le strabisme et le bégaiement en furent proscrits. Les industriels et les rivaux ; ceux qui ne pensent pas et n'agissent pas comme l'auteur, sont

très durement traités dans cette harangue. Ayant eu le bonheur de penser un peu comme le savant anonyme, j'ai eu l'honneur d'être cité avec bienveillance, mais avec un *mais* qui me va au cœur. A la page 64, là où le professeur (car ce doit être un professeur) développe avec talent les principes de ce que j'ai appelé le *naturisme chirurgical* on trouve :

« C'est que par le temps qui court, il suffit presque, à un certain nombre « de chirurgiens, qu'une opération soit mécaniquement possible pour qu'elle « paraisse indiquée. On tient peu à examiner, à discuter avec soin les chan- « ces qu'elle peut offrir, et si l'intérêt du malade la réclame impérieusement « aux yeux de quelques-uns même, il suffit qu'elle serve l'intérêt de l'opé- « rateur. Et quelle fâcheuse influence n'ont pas de semblables exemples! « Voilà pourquoi nous approuvons complètement l'épigraphe de l'une des « thèses qui ont été discutées dernièrement à la Faculté devant les juges du « concours pour la chaire de médecine opératoire. « *Les opérateurs trouvent « en général trop d'indications et pas assez de contre-indications* a dit « M. Vidal. » Malheureusement, lui-même, après avoir établi ce principe « aussi vrai qu'important, lorsqu'il est entré dans la question qui lui était po- « sée, celle des indications et des contre-indications, « il est *tombé* parfois dans « le vice qu'il accuse, et quoique sa thèse renferme, du reste, de très bonnes « choses, d'excellens préceptes, il a subi l'influence dominante et n'a fait « qu'effleurer le sujet. »

Certes, il y a là assez de complimens pour me dédommager du reproche qui m'est adressé, surtout si l'on considère que l'anonyme n'a ni l'habitude, ni le goût de la flatterie. Mais pour mon compte, j'aurais préféré que le juge de ma thèse m'indiquât les endroits où je suis *tombé*, afin de m'aider à me relever à ses yeux, car à ceux qui n'étaient pas en verve d'opposition quand ils ont lu mon travail, j'ai paru, je le sais et j'ose le dire, très conséquent à mes principes. Il est très vrai que je n'ai fait qu'*effleurer* le sujet. L'auteur sait combien j'ai mis de temps à composer ma thèse; il sait, tout aussi bien, combien il en faudrait pour traiter complètement un pareil sujet; c'est-à-dire pour établir les bases de toute la médecine opératoire. Je répète ma prière et je demande qu'on me dise où je suis tombé. On verra après. V. DE C.

Concours ouvert à la Faculté de Paris pour deux chaires de chirurgie à la Faculté de Strasbourg.

Dans le numéro précédent j'ai écrit : « Le registre d'inscription compte déjà neuf noms, et on peut dire d'avance que si *aucun ne fuit*, le choix peut être

heureux, etc. » En écrivant cette ligne, j'avais le pressentiment de quelques désertions. MM. Desprès, Lacauchie, Rigaud, A. Sanson, Sédillot sont restés. Les autres ont fui. Je leur dirai, sans vouloir les blesser, que l'heureux choix est encore possible. Mais pourquoi cette fuite? Pour un, concurrent il peut y avoir des motifs de santé; pour un autre, méfiance de ses forces. Il pourrait bien se faire qu'un sentiment contraire en eût éloigné un troisième. Chose remarquable, il se serait trouvé dans la même fuite, des hommes qui ont fui devant les concurrens et devant les juges et d'autres, ou un autre, qui aurait fui devant la place!

Pauvre Faculté de Strasbourg, on te réservait encore cette humiliation! On dit que celui qui se croyait le plus important voulait avoir les deux places à lui seul; il les méritait bien, il les aurait parfaitement remplies. Mais comme on a fini par lui persuader qu'une pareille énormité n'était pas encore permise, même à Strasbourg, le modeste candidat s'est retiré. Ce qui est très fâcheux pour Strasbourg et très heureux pour la Faculté de Paris. On dit encore d'autres mots bien moins sérieux. Ce que je puis dire et ce que je souhaite à ce chirurgien d'un mérite réel, c'est que sa conduite, dans cette occasion, produise l'effet qu'il en attendait.

On attribue à la retraite de M. Bach un motif honorable. Ce candidat est chef des travaux anatomiques à la Faculté de Strasbourg; il aurait donc voulu protester, par sa retraite, contre l'exclusion des professeurs de cette Faculté dans le jury du concours. Je ne sais quel est le motif qui a fait exclure ces juges ou qui a empêché de les admettre. Mais je sais que ce concours n'aurait rien perdu en moralité et en convenance, si la Faculté qui se recrute avait été, pour quelque chose, dans le double choix qu'on va faire.

Enfin, acceptons les choses et le jury comme l'a voulu l'Université. Les juges sont donc, pour la Faculté : MM. Gerdy, Velpeau, Breschet, Marjolin, Blandin, P. Dubois, Roux, Bérard aîné. *Suppléans* : MM. Cruveilhier et Dumas.

Pour l'Académie de Médecine : MM. Espiaud, Jobert, Reveillé-Parise, Renauld, *Suppléant* : M. Hervez de Chegouin.

Déjà les compositions écrites sont lues et des leçons ont été faites.

Voici la question écrite :

1° *Des articulations diarthroïdales, en général.*

2° *Des tumeurs blanches.*

On remarquera que c'est la première fois que, dans un concours de cette nature, on pose une question d'anatomie. Ceci a une signification.

Les leçons, après vingt-quatre heures de préparation ont commencé. MM. Lacauchie et Desprès ont déjà parlé ; le premier, sur l'*anévrisme spontané*, le second, sur les *fractures*.

Je ne puis donner l'analyse des épreuves, car je n'ai pas la prétention de faire un *compte rendu*. Je n'ai voulu qu'essayer *quelques réflexions* sur ce concours extraordinaire.

Dans tous les concours possibles, si le nombre des concurrens n'est pas trop limité, on peut classer ceux-ci en deux grandes catégories. Dans la *première catégorie* sont des talens incontestables, ne voyant que l'aspect matériel de l'homme malade ou non, mais le voyant bien. D'un caractère doux, d'un esprit encore plus doux, ils ont accepté l'Académie de chirurgie pour Evangile qu'ils lisent dans Boyer. Cerclés dans un ordre d'idées très limité, ils n'osent y toucher et les produisent avec fidélité et une facilité incroyable. Ces concurrens sont écoutés avec plaisir, je dirai même avec bonheur ; ils ne heurtent rien, ils ne froissent personne, car ils n'ont pas à être jugés sur ce qu'ils pensent, mais sur la manière de dire ce que les autres ont pensé, ce qui est beaucoup plus facile et plus agréable pour la majorité des juges, lesquels leur en savent toujours gré. Ces concurrens, d'ailleurs, se sont donné des maîtres qu'ils aiment et dont ils sont aimés, et quand ils sont devenus les collègues de ces maîtres, c'est une fête de famille bien attendrissante. Si dans cette espèce se trouve un esprit, il est généralement sage et presque toujours droit. De sorte qu'au fond, les juges qui choisissent de pareils talens, agissent avec une certaine prudence; ils sont *conservateurs*.

Dans la *seconde catégorie* se trouvent des hommes à allures indépendantes qui, au lieu d'avoir peur des idées, les recherchent, les prennent partout où ils les trouvent. Laborieux, actifs, ils explorent tous les recoins de la science, interrogent l'histoire de tous les temps. Souvent ils se permettent l'invention et le génie.

Ils voient dans l'homme ses deux aspects et dans la science sa philosophie. Cette espèce est très remuante et très *écrivante*. Quand un esprit et un cœur droit dirigent de pareils talens, ils deviennent l'honneur et la gloire des corps qui ont su ne pas les craindre. Mais quand ces hommes ont le désir de faire autrement au lieu de mieux faire, celui de critiquer pour critiquer ; quand à un esprit faux ils joignent un cœur suspect ; quand au lieu du vrai mouvement intellectuel, c'est une agitation fébrile qu'ils ont, ils deviennent de vrais fléaux pour les corps qui n'ont pu les repousser. Supposez un pareil esprit touchant aux faits, aux idées déjà loin de nous, portant une main sa-

crilège sur l'histoire et parlant très haut à des élèves nombreux, et vous verrez les résultats! Cette espèce est donc dangereuse, je veux dire qu'elle a une variété dangereuse. Une circonstance récente a montré un échantillon fort remarquable de cette variété. La Faculté bien prévenue de cela, évite généralement de récolter dans cette espèce, par la crainte de tomber sur l'ivraie; et c'est cependant dans cette catégorie qu'on peut trouver les sujets qui jettent de l'éclat sur un corps enseignant et lui donnent cette force, cette durée qui défient toutes les révolutions possibles. Les talens appartenant à cette catégorie sont inégaux, capricieux, par cela même qu'ils aiment les idées, ils s'en préoccupent beaucoup et négligent souvent la forme. Ils sont généralement moins parleurs, c'est-à-dire que leur parole coule moins facilement. Ayant quelque goût pour le paradoxe (pris dans son sens le plus philosophique), ils contrarient souvent certaines habitudes d'esprit; ils ne se font pas des maîtres, et ils veulent le devenir trop tôt. Il faut souvent beaucoup les écouter pour les comprendre et les apprécier. Tout cela est difficile, surtout quand la prévention s'en mêle. Or, le premier sentiment que font naître de pareils hommes, c'est la prévention : les juges restent souvent sous cette prévention rarement favorable; ils hésitent long-temps et presque toujours, au moment suprême, ils penchent du côté de la première catégorie. Je parle ici surtout des choix faits par une Faculté qui se recrute elle-même. Une Faculté qui vote pour un autre pourrait bien avoir moins de prévention et surtout moins de craintes et faire un choix plus brillant. D'ailleurs, comme aujourd'hui il y a des places à donner, on pourrait mettre à contribution les deux catégories.

Maintenant, puisqu'il s'agit du concours pour la Faculté de Strasbourg, il faudrait classer les concurrens dans les catégories que je viens d'établir. Ceci serait très difficile, du moins aujourd'hui, surtout pour trois concurrens, MM. Després, Rigaud et Lacauchie. MM. A. Sanson et Sédillot ont assez fait de preuves dans les grands concours pour faciliter leur classement, et ils ne m'en voudront pas, je pense, si je les jette dans la deuxième catégorie. Je pense aussi qu'ils ne seront pas assez exigeans pour me demander s'ils se trouvent tous deux dans la même variété et dans quelle variété.

M. Lacauchie a été précédé par une réputation d'orateur facile, élégant, qu'il a presque justifiée à la fin de sa leçon sur les anévrysmes.

Ceux qui ont entendu M. Lepelletier (du Mans), dans les concours qu'il est venu subir à Paris, auront peut-être trouvé plus d'une analogie entre le talent de ce médecin et celui de M. Lacauchie. En faisant cette comparaison, je ne sais qui je loue de ces deux confrères. V. DE C.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

MÉMOIRE SUR LA RÉDUCTION DES LUXATIONS AU MOYEN DES MOUFLES.

par M. MARCHAL (DE CALVI).

(Suite et fin.)

Nous avons dit que ce fut dans le cas de M. Gautherot que M. Sédillot employa son appareil pour la première fois.

M. Gautherot était sujet à des rêves dans lesquels il croyait apercevoir des assaillans; si une personne venait alors à pénétrer dans sa chambre, il la prenait pour le voleur ou l'assassin de son rêve, se jetait sur elle et la maltraitait. C'est ce qui arriva une nuit, un de ses parens l'ayant interrompu dans un rêve semblable. La lutte s'engagea; des personnes accoururent; les bras du dormeur furent saisis, et l'épaule droite souffrit une violence considérable. Le médecin ordinaire de la maison crut reconnaître une fracture de l'omoplate, et appliqua un bandage, celui de Desault pour la clavicule, à ce qu'il paraît. Le bandage resta appliqué cinq semaines. Au bout de ce temps, du pus ayant traversé

l'appareil, le membre fut découvert, et l'on vit que la pression avait déterminé l'ulcération de la face interne du bras et du point opposé de la poitrine. « Tous les mouvemens du membre, depuis les phalanges jusqu'à l'épaule, étaient abolis, et les moindres tentatives de flexion ou d'élévation causaient des douleurs aussi vives qu'au premier moment de l'accident. » Le médecin traitant se persuadait que l'exercice remédierait à cet état. Cinq mois se passèrent. Ce fut alors qu'un étudiant en médecine crut reconnaître une luxation. Le blessé, dans l'esprit duquel cette idée se confirma, consulta les chirurgiens les plus distingués de la capitale. Les opinions furent partagées. Nous connaissons celle de Dupuytren. Tous ceux qui admirent la luxation, un seul excepté, se prononcèrent contre la réduction. Un des consultans déclara même qu'il ne répondait pas de la vie du blessé au milieu des tentatives qui seraient faites.

Une personne tierce ayant présenté le malade à M. Sédillot, ce chirurgien constata les signes d'un déplacement de la tête humérale dans la fosse sous-épineuse. « Tout le membre était amaigri, d'un tiers moins gros que celui du côté gauche, et habituellement froid; le malade ne pouvait s'en servir; à peine s'il arrivait à tracer quelques mots, et il élevait difficilement la main jusqu'au menton. M. Gautherot perdait le goût des affaires, s'abandonnait au chagrin, fuyait sa famille et ses amis... »

« Plusieurs raisons puissantes, dit M. Sédillot, m'engageaient à tenter la réduction, quoique la luxation datât de plus d'une année. L'ankylose n'était pas complète; le malade témoignait beaucoup de courage et de bonne volonté; sa constitution était bonne; le membre n'offrait aucun point douloureux, mais surtout l'espèce de la luxation me per-

mettait d'employer des forces considérables sans craindre de léser les vaisseaux ni les nerfs axillaires, qui, placés en avant et en dedans de l'humérus, étaient à l'abri de toute violence. Je ne donnais pas la guérison comme certaine, mais j'entrevoyais des chances de succès, et je ne redoutais aucun accident.

« Deux fois nous essayâmes les moyens ordinaires de réduction, en confiant à des aides l'extension et la contre-extension, et deux fois nous échouâmes; mais ces tentatives, quoique sans résultat, augmentèrent notre confiance. La tête de l'humérus avait été momentanément déplacée, et portée en dehors de plus d'un demi-pouce.... »

Ce fut sur ces entrefaites que M. Sédillot fit construire l'appareil que nous avons décrit plus haut.

Nous allons encore citer textuellement. L'observation de M. Sédillot est trop intéressante pour que nous ne croyions pas ces citations utiles.

« Une longue bande de flanelle fut roulée autour du membre, depuis les doigts jusqu'au-dessus du coude, afin de prévenir l'engorgement; la pièce axillaire contint l'épaule; le bracelet fut lacé et serré de toute la force des quatre aides, et le malade fut simplement assis sur un tabouret. Les deux anneaux scellés dans le mur pour soutenir les efforts extensifs et contre-extensifs n'étaient pas sur le même plan : le premier était plus élevé, et le bandage axillaire pressait pour cette raison l'acromion et le bord supérieur du scapulum, de haut en bas et d'avant en arrière, en les empêchant de basculer.

« Tout étant convenablement disposé, une saignée d'une livre et demie fut pratiquée au bras gauche, sans aucun effet de syncope, et la traction commença; elle dura huit ou dix mi-

nutes. D'abord successive, elle fut ensuite rendue permanente d'intervalle en intervalle. Le plus haut degré porta l'aiguille de la romaine à 150 kilogr., degré qui ne fut pas dépassé, mais qui doit être probablement augmenté si l'on tient compte du frottement de la corde sur la poulie de réflexion. Le malade se plaignait violemment; il accusait de vives douleurs au coude, et voulait qu'on suspendît momentanément l'opération; il était si parfaitement assujetti entre les forces d'extension et de contre-extension, qu'il ne pouvait opposer aucune résistance. Ce sentiment d'impuissance absolue l'effraya; il mêlait les menaces aux prières, et son exaltation était extrême. Cependant nous apercevions la tête de l'humérus s'approcher peu-à-peu du bord externe de l'acromion, sans craquemens, sans secousses, sans que la peau de l'aisselle et du bras fût tendue outre mesure. Aucun accident ne nous menaçait; il y eût eu faiblesse et oubli de nos devoirs de céder à des plaintes aveugles. Lorsque la tête de l'humérus eut dépassé le bord externe de l'acromion, et qu'elle fut par conséquent au-delà du niveau de la cavité glénoïde, j'essayai avec la main, puis avec le genou, de la repousser sous l'acromion, en même temps que je portais le coude en arrière et que j'imprimais au bras quelques mouvemens de rotation; mais ces efforts restaient sans succès. Je fis alors appliquer le plein du *bandage acromial* (1), resté sans emploi, sur la face postérieure et supérieure du bras. Quatre aides en saisirent les cordes, et tirèrent vigoureusement en avant, tandis que je tirais le coude en arrière, dans une direction absolument opposée; puis confiant cet

(1) Ce bandage acromial, que l'on retrouvera dans l'observation suivante, devait, appliqué par son plein sur l'acromion, et fixé à terre par ses extrémités, empêcher l'omoplate d'obéir aux tractions extensives.

effort à un aide, je plaçai mon avant-bras gauche sous l'aisselle, et je fis desserrer lentement le moufle au fur et à mesure que j'abaissais le coude. En combinant ces deux mouvemens de bascule sur la tête de l'humérus, l'un qui tendait à la pousser en avant et l'autre à la faire saillir en dehors, nous eûmes la satisfaction de voir la tête de l'os s'engager sous l'acromion, s'y loger tout entière et le moignon de l'épaule se reformer. Cessant alors tout-à-fait l'action du moufle, le coude fut rapproché du corps, et nous annonçâmes au malade que sa luxation était réduite. L'appareil fut enlevé, et il fut facile de constater notre succès. Toute saillie à la face postérieure du scapulum avait disparu; le moignon de l'épaule était arrondi et reformé en avant; le sommet de l'apophyse coracoïde était enfoncé et profond sous les tégumens; les doigts portés au-dessous de l'acromion rencontraient la tête humérale occupant de nouveau la cavité glénoïde. Quelques mouvemens furent exécutés avec précaution, et la main, qui pouvait à peine s'élever jusqu'au menton avant l'opération, fut portée derrière le cou en passant au-dessus de la tête. »

Il ne resta aucun doute sur la réussite. Nul accident ne survint.

Le 15 mars, quatre mois environ après la réduction, « le volume du membre est redevenu plus fort que celui du côté opposé; le sentiment de froid a disparu. M. Gautherot écrit, dessine, porte la main au-dessus du front avec facilité. Les mouvemens d'abduction et d'adduction sont complets; le mouvement de rotation en dehors est celui qui a eu le plus de peine à se rétablir; l'exercice augmentera encore la laxité des parties. »

Cette observation est importante sous le rapport de l'époque

à laquelle la réduction put être pratiquée : un an et quinze jours après l'accident. Elle l'est peut-être plus encore, à notre point de vue, parce qu'elle montre, d'une part, l'état du membre lorsque la luxation n'était pas réduite, ainsi que l'état moral du malade, et, d'autre part, l'amélioration rapide de la partie lorsque la luxation eût été réduite. C'est une considération sur laquelle nous appelons toute l'attention du lecteur. Voilà, bien manifestement, un cas dans lequel la hardiesse judicieuse du chirurgien a rendu un membre à un homme, si toutefois on peut dire qu'il y ait eu de la hardiesse à tirer lentement sur le bras avec une force de trois cents livres.

On doit louer l'opérateur de sa fermeté. S'il s'était rendu aux plaintes du patient terrifié, la luxation n'eût pas été réduite, et le malade, désespérant des ressources de l'art, aurait continué sa vie de désœuvrement forcé et de chagrin (1).

Le second cas dans lequel M. Sédillot a appliqué son appareil, est le suivant, que nous rapporterons presque en entier, attendu que le lecteur y trouvera quelques indications spéciales sur l'application des moufles au membre supérieur.

Colombard (Charles-Chéri) (2), âgé de 25 ans, né à Sommeille, département de la Meuse, d'un tempérament sanguin, soldat au 4e lanciers, était à la promenade, le 2 octobre 1834, lorsque son cheval, s'étant abattu, le renversa sous lui. Débarrassé de sa monture, Colombard éprouva dans l'épaule droite de violentes douleurs qui le forcèrent à gagner immédiatement l'infirmerie.

On envoya chercher aussitôt un médecin de l'endroit qui examina le blessé, et reconnut une luxation scapulo-humérale, qu'il chercha à réduire en plaçant le bras du malade sur son épaule, tandis qu'il agissait sur l'avant-

(1) Voir, pour plus de détails sur l'observation de M. Gautherot, la *Gazette médicale* du 1er mars 1834.

(2) *Gazette médicale* du 15 novembre 1834.

bras qui lui servait de lévier, et que le corps du malade, soutenu par deux militaires, servait de contrepoids. Après quelques efforts, il dit au malade que la luxation était réduite, et sans avoir imprimé aucun mouvement au bras, il le plaça dans une écharpe et prescrivit des fomentations émollientes, qui, plus tard, furent remplacées par des lotions saturnines; cependant le malade continuant à souffrir de son bras, dont il ne pouvait faire le moindre usage, et n'apercevant aucun changement dans son état, demanda et obtint d'être évacué sur le Val-de-Grâce, où il arriva le 24 du même mois. Le chirurgien de garde tenta la réduction au moyen du talon appliqué dans l'aisselle, mais inutilement.

Le lendemain, à la visite du matin, M. Sédillot, dans le service duquel se trouvait ce blessé, constata une luxation en bas et en avant...

M. Sédillot, ayant résolu de faire usage de son appareil, en fixa l'application au 29. Le jour arrivé, il procéda à l'opération en présence de MM. Roux, Danyau, H. Larrey, Barral, et de plusieurs autres médecins.

La contre-extension fut faite au moyen d'un drap placé sous l'aisselle, selon le procédé ordinaire, et assujetti à un point fixe; mais, pour empêcher l'omoplate de basculer, et pouvoir assurer son immobilité d'une manière exacte, M. Sédillot fit usage d'un bandage auquel il a donné le nom d'*acromiale* (V. la note de la page 132), dont le plein placé sur l'acromion fixe solidement l'épaule et s'oppose à ce que l'omoplate suive les mouvemens imprimés à l'humérus pendant l'extension. Afin de pouvoir augmenter ou diminuer cette pression, on a soin de fixer au sol les extrémités de cette pièce au moyen de deux cordes qui passent dans une poulie à double gorge, et dont chaque bout est confié à un aide. Après avoir fait fléchir l'avant-bras sur le bras à angle droit, M. Sédillot appliqua un bandage roulé s'étendant des doigts au-dessus des tubérosités de l'humérus et destiné à prévenir l'engorgement, et relevant fortement la peau du bras, il appliqua sur cette partie, immédiatement au-dessus des condyles, un bracelet de peau convenablement rembourré, et embrassant le bras de manière à pouvoir agir directement sur l'extrémité osseuse sans entraîner les parties molles (Nous avons vu que maintenant M. Sédillot applique le bandage roulé expulsif sur toute la longueur du membre, de bas en haut, de sorte que le bracelet ne se trouve pas immédiatement en rapport avec la peau).

Le moufle et le dynamomètre (1) ayant été mis en place, on commença

(1) Nous avons dit, dans notre description de l'appareil de M. Sédillot, que

l'extension, qui, portée peu-à-peu à 60 kilogrammes, fut maintenue quelques minutes à ce degré pour fatiguer les muscles et lasser leur contraction. Portée ensuite à 125 kilogrammes, maximum de la force employée pendant l'opération, la tête de l'humérus se trouva au niveau de l'acromion et en avant de sa cavité. La douleur ne paraissait pas très forte, et les tissus n'étaient pas tellement distendus qu'on ne fût à même d'augmenter la force extensive sans aucune apparence de danger pour le patient. Il était facile de tenter la coaptation; mais avant d'y avoir recours, on imprima au bras quelques mouvemens de rotation, afin de détruire les adhérences qui auraient pu exister. Appuyant alors la poitrine sur le coude du blessé, M. Sédillot le porta en avant, tandis que ses mains placées dans l'aisselle portaient en haut et en dehors la tête de l'humérus en même temps qu'on mettait les parties en rapport. L'aide chargé d'agir sur le moufle diminua peu-à-peu l'extension, et finit par la suspendre complètement. L'épaule avait repris sa forme, et la luxation était réduite, comme purent le constater M. Roux et les autres médecins qui assistaient à l'opération; bien qu'on n'eût point entendu le bruit du choc qui caractérise la réduction lorsqu'on a recours aux moyens ordinaires, c'est-à-dire lorsque l'extension, suspendue instantanément, permet aux surfaces articulaires de venir frapper l'une contre l'autre. Le membre ayant été débarrassé de son appareil, on vit que non-seulement il n'existait aucune déchirure, aucune excoriation, mais pas même d'engourdissement: les parties étaient dans l'état où elles se trouvaient avant l'opération, qui avait duré douze minutes. L'humérus, malgré la réduction, ayant une tendance à se porter en bas et en avant, on appliqua sur le bras un bandage ayant pour effet de porter le coude en avant et en haut et la tête de l'os en haut et en arrière.

Le 4 novembre, sixième jour de la réduction, on débarrassa le blessé de son bandange et on soutint le membre par une écharpe, le malade ne souffrant nullement et pouvant au besoin se servir de son bras.

l'on attachait le dynamomètre au bracelet par le moyen d'une anse de corde dont les deux extrémités garnies de crochets étaient reçues dans les anneaux du bracelet. De cette manière le dynamomètre se trouve entre le membre et le moufle. On conçoit qu'il est indifférent de le placer ainsi ou de l'éloigner davantage du membre, en le plaçant entre le moufle et l'anneau scellé au mur. Peut-être même vaut-il mieux le mettre de cette dernière manière; alors, en effet, le dynamomètre est plus près de l'aide chargé de tirer sur la corde du moufle, et cet aide suit plus facilement les mouvemens de l'aiguille.

Peut-être, dans le cas qui vient d'être rapporté, des efforts de réduction avec la main seule, bien dirigés, auraient-ils amené le replacement de l'os dans sa cavité; d'un autre côté, il est très probable que l'emploi des lacqs tirés par des aides aurait produit le même résultat. Seulement, on doit se demander, avec M. H. Gama, qui a publié l'observation, si, par ce dernier moyen, la réduction aurait été aussi prompte et aussi peu douloureuse qu'elle l'a été par l'appareil de M. Sédillot.

Il ne faut pas oublier que la force employée n'a pas dépassé 125 hilogrammes: or, cette force est moindre sans aucun doute que celle qui eût été mise en action si l'on avait réduit au moyen des aides. En effet, le moins que l'on aurait pu faire, c'eût été de confier les extrémités du lacq extensif à deux ou trois aides. Supposons deux. Comme un aide dans un subit effort peut tirer 150 kilogrammes, il en résulte qu'il y aurait eu une force de 300 kilogrammes (600 livres) appliquée au membre. La différence en faveur du moufle est de 175 kilogrammes (350 livres). Cette remarque ne s'applique pas seulement à l'observation que nous venons de transcrire; elle est d'une application générale, et a une grande valeur.

Un troisième cas de réduction d'une luxation du bras par l'appareil de M. Sédillot, cas dont nous n'avons pas pris note d'une manière détaillée, a eu lieu dans le service de M. le professeur Roux, à l'Hôtel-Dieu. Plusieurs tentatives avaient été faites selon les règles ordinaires, par ce professeur lui-même, conséquemment avec toute l'habileté possible. M. Sédillot appliqua son appareil, et au bout de vingt minutes la réduction était opérée. La force employée avait été de 125 kilogrammes. La luxation datait de trois mois. A supposer que la réduction eût été possible au moyen des

lacqs, par combien d'aides aurait-il fallu faire tirer sur le lacq extensif, et de combien la force aurait-elle dépassé celle qui vient d'être spécifiée? Ce sont deux questions que le lecteur est maintenant à même de résoudre lui-même approximativement.

Une autre réduction de luxation du bras, au moyen de l'appareil de M. Sédillot, fut opérée, le 19 janvier 1840, chez M. Thierry père. La tête osseuse se trouvait en partie sous l'acromion. On avait donc à faire à une luxation sous-acromio-épineuse (nomenclature de M. Sédillot). Elle datait de dix-sept jours. M. Thierry hésitait à reconnaître la lésion, attendu qu'il se rappelait avoir vu une luxation du bras en arrière, avec Pelletan, et que, dans ce cas, la tête osseuse apparaissait, distincte et arrondie, à la partie moyenne de la face postérieure de l'omoplate. A diverses reprises, on avait essayé de réduire au moyen des lacqs, à l'hôpital Saint-Louis et ailleurs. Ces tentatives avaient fait extrêmement souffrir le malade, qui était retourné à Sèvres, où il était employé à la manufacture royale, en qualité de dessinateur. Il était d'ailleurs bien décidé à ne pas se soumettre à de nouveaux essais de réduction. Cependant, voyant qu'il lui était absolument impossible de se servir de son membre, et que tout moyen de pourvoir à sa subsistance serait perdu pour lui si son bras restait luxé, il revint à Paris, et se mit entre les mains de M. Sédillot, qui appliqua son appareil, celui de M. Gautheret. La réduction fut effectuée au bout de sept minutes. La force employée avait été de 160 kilogrammes. Il n'y eut aucun accident; il n'y en avait pas eu non plus dans les cas qui précèdent.

De tels faits sont par eux-mêmes trop probans pour que l'on ait besoin de les commenter. Il faut se contenter de les

livrer, dans leur frappante simplicité, à la méditation du lecteur.

Les observations que nous venons de rapporter appartiennent toutes, comme on l'a vu, à la pratique de M. Sédillot. Voici un cas également de luxation scapulo-humérale, dans lequel l'appareil de ce chirurgien a été appliqué avec un succès complet par M. Malgaigne. Nous le trouvons inséré dans le *Bulletin de l'Académie royale de médecine* (année 1840), sous forme de lettre adressée au président de ce corps savant.

« Monsieur le Président,

« Les luxations de l'humérus en arrière sont fort rares, et la réduction, opérée après plus de cinq mois, est une circonstance plus rare encore. C'est pourquoi j'ai pensé que le fait que je viens communiquer à l'Académie ne lui paraîtrait pas indigne de son attention.

« Un journalier, âgé de cinquante-six ans, fut frappé d'une attaque d'épilepsie le 8 novembre 1839. Il était dans son lit et ne fit aucune chute ; toutefois, au sortir de l'accès, il ne put remuer le bras droit, et le lendemain, le gonflement survenu à l'épaule l'obligea à entrer dans un hôpital. Il paraît que la nature de la lésion fut méconnue, car on se contenta d'appliquer des sangsues, des cataplasmes, un vésicatoire, et on le renvoya le onzième jour. Depuis lors, le bras était toujours resté dans le même état ; et quand le malade se présenta à la consultation chirurgicale de Bicêtre, il offrait les caractères les plus manifestes d'une luxation de l'épaule en arrière. Sans entrer dans le détail des symptômes, je noterai seulement que la tête luxée n'était point, comme le veulent quelques chirurgiens, dans la fosse sous-épineuse, mais seulement sous l'angle postérieur de l'acromion. C'était donc bien la luxation que j'ai appelée *sous-acromiale*, qui est essentiellement incomplète.

Cette circonstance, malgré le temps écoulé depuis l'accident, me fit bien augurer de la réduction ; et même, le sujet ne pouvant se procurer chez lui les soins préparatoires ordinaires, je n'hésitai pas à fixer le lendemain pour l'opération. L'extension fut faite sur le bras au-dessus du coude, l'avant-bras légèrement fléchi ; la contre-extension opérée par une alèze qui em-

brassait l'épaule en avant, et dont les deux chefs allaient se rejoindre derrière le dos. Nous agissions à l'aide des poulies. La traction ayant été portée à 110 kil., je repoussai la tête en avant à l'aide du genou; elle rentra dans sa cavité, mais d'une manière incomplète. Une deuxième tentative, dans laquelle la traction fut portée à 120 kil., réussit complètement. La luxation datait de cinq mois et quatorze jours.

« Il n'y eut d'accident d'aucune espèce; seulement la tête réduite avait une grande tendance à revenir en arrière, phénomène presque constant après la réduction de ces luxations invétérées; et il fallut s'y opposer à l'aide d'un appareil spécial.

« Qu'il me soit permis, en terminant, de faire remarquer combien le diagnostic exact du degré où est parvenue la luxation éclaire le prognostic et le traitement. La luxation était incomplète, et, conséquemment, assez facile à réduire, eût-elle été plus ancienne encore. Tout récemment, j'ai été consulté pour un malade qui avait été vu par plusieurs membres de cette académie, et qui portait depuis près de cinq mois une luxation sous-caracoïdienne complète. La réduction était encore possible, à mon avis, mais le succès était douteux; et ce fut là à-peu-près l'opinion générale. A un degré de plus, quand la luxation est sous-scapulaire, il suffit de deux mois pour ôter tout espoir; et j'ai vu, après cet espace de temps, des extensions portées jusqu'au point de produire la paralysie du membre, sans pouvoir retirer la tête humérale du lieu où elle s'était fixée. »

Nous trouvons, à la suite de cette lettre, une mention significative :

« M. Bérard, est-il dit, rappelle à propos de cette lettre un fait analogue, cité par M. Sédillot, avec cette différence que la luxation existait depuis plus d'un an »

Le fait de M. Malgaigne est aussi favorable que possible à notre doctrine. Une luxation scapulo-humérale existait depuis cinq mois, quatorze jours. Il suffit d'une force de cent-vingt kilogrammes pour la réduire. Aucun accident ne se produisit; il serait surprenant qu'il en eût été autrement, d'après le peu de force employée. (1)

(1) Si nous faisions l'histoire des luxations de l'épaule, il y a dans la lettre

On a vu que, dans ce cas, l'extension, portée à 110 k., et suspendue une première fois, dut être reprise et augmentée de dix kil. Il arrivera quelquefois que, croyant les tractions suffisantes, on suspendra ainsi l'extension, et que l'on sera obligé de recommencer. C'est un inconvénient, qu'une grande habitude et l'examen attentif de l'état des parties par suite de l'extension pourront faire éviter.

Voilà donc cinq réductions de luxations scapulo-humérales par le nouvel appareil. Mais toutes les tentatives n'ont pas réussi, ni pour cette luxation, ni pour les autres, comme on le verra par la suite. Il importe de faire connaître les essais infructueux, d'abord parce qu'il importe toujours de faire connaître la vérité tout entière, et, ensuite, parce que ce serait vouloir discréditer une méthode, que de la présenter comme infaillible. L'infaillibilité, en chirurgie, est une illusion, quand elle n'est pas un mensonge. Le cas que l'on va lire est donc une exemple d'insuccès. Que peut-on conclure de celui-ci et des autres ? C'est ce que nous dirons plus loin.

Françoise Bouchard, femme Touroux, âgée de 56 ans, habituellement bien portante et chargée d'embonpoint, glissa, le 29 août 1833, sur les trois dernières marches de son escalier, et tomba sur le côté gauche du corps. Elle ne put rendre un compte exact de la manière dont elle tomba; mais il résulta de sa chute des ecchymoses au coude, principalement vers le côté interne de cette articulation, à la poitrine et à la hanche.

Elle se plaignit immédiatement d'une vive douleur dans tout le bras gauche, dont elle ne pouvait plus se servir; l'avant-bras était dans une légère extension, le coude écarté du corps en dehors. Elle consulta plusieurs médecins,

de M. Malgaigne plusieurs points qui nous arrêteraient. Nous nous demanderions, par exemple, ce que peut-être une luxation *incomplète* qui se réduit *d'une manière incomplète;* et nous prouverions que la tête de l'humérus, quand elle se déplace en arrière, peut se trouver plus bas que ne l'admet M. Malgaigne.

qui prescrivirent des frictions résolutives, et méconnurent la luxation. La persistance des douleurs et l'impossibilité des mouvemens du bras engagèrent la malade à entrer dans un hôpital, et elle fut reçue à la Pitié, dans le service de M. Lisfranc, qui diagnostiqua une luxation du bras dans l'aisselle.

Le 13 mars 1834, M. Sédillot examina l'état de la malade, à laquelle aucun traitement n'avait encore été appliqué.

L'avant-bras était maintenu par la malade dans un état d'extension incomplète; c'est la position qui avait toujours été la plus commode.

Le coude était dirigé en dehors, et écarté de quatre pouces environ du tronc, dont il pouvait être rapproché.

L'épicondyle regardait un peu en avant et en dehors; l'épitroklée, en dedans et en arrière. L'humérus ne se prêtait à aucun mouvement de rotation, il en résultait que la main ne pouvait être portée dans une supination complète; la différence entre cette main et l'autre, sous ce rapport, était très légère; elle consistait en ce que la paume de la main n'arrivait pas tout-à-fait à former un plan horizontal.

La pronation n'était pas non plus aussi étendue qu'à droite; il y avait environ un demi-pouce de différence; la main ne pouvait être placée parfaitement de champ.

L'acromion faisait une saillie considérable, au-dessous de laquelle on voyait et l'on sentait un vide.

L'apophyse coracoïde était superficielle; l'intervalle qui la séparait de l'acromion était plane, et le doigt pouvait s'y enfoncer sans rencontrer de résistance.

Lorsqu'on plaçait la paume de la main en dedans et au-dessous de l'apophyse coracoïde, et que l'on imprimait quelque mouvement au coude, on sentait une tumeur se mouvoir au-dessous du muscle pectoral.

Pendant quelques-uns de ces mouvemens, la main donnait la sensation d'un crépitation obscure qui ne se répétait pas régulièrement.

La longueur des deux bras, prise de l'acromion à l'olécrane, dans une direction verticale était la même; une ligne tirée du centre du sternum au point le plus saillant de l'épaule malade au-dessous de l'acromion, était d'un demi-pouce plus courte que la même ligne tirée du côté sain.

M. Sédillot appliqua son appareil le 10 juin 1834. Les tractions furent portées à 125 kilogrammes, et bornées là; de plus, elles ne furent exercées que pendant dix minutes, par crainte d'accidens, les os étant très minces et la femme très grasse. Il n'y a pas eu le moindre accident.

Ce cas témoigne d'une prudence extrême : dira-t-on encore maintenant que, par cela même qu'un chirurgien aura en main les moufles, c'est-à-dire une force capable d'être portée très loin, il tirera à outrance, et ne prendra pas conseil des circonstances qui pourront contre-indiquer les tractions? Voici, nous le pressentons, l'objection qui nous sera adressée par quelques-uns : sans doute un chirurgien prudent et éclairé a pu s'abstenir, voyant qu'il avait à faire à une malade fort grasse dont le système osseux était très grêle; mais, à sa place, un chirurgien téméraire ou ignorant se fût-il abstenu? Nous retombons ici, comme l'on voit, dans l'objection à laquelle nous croyons avoir répondu explicitement dans la première partie de ce mémoire. Nous savons parfaitement qu'il y a beaucoup de médecins insuffisans, très capables de mal employer de bons moyens, qui, par là, deviendront nuisibles, d'avantageux qu'ils auraient pu être; mais les fautes que ces médecins peuvent commettre, soit avec le bistouri, soit avec la lancette, soit avec le moufle, n'accusent ni le bistouri, ni la lancette, ni le moufle : elles doivent retomber sur eux-mêmes, et aussi, puisqu'il faut dire tout ce qui est vrai, sur les facultés qui les ont revêtus de pouvoirs dont ils n'étaient pas dignes.

Un autre insuccès, dans un cas de luxation de l'épaule, a eu lieu à la clinique de la faculté de médecine, dans le service de M. H. Larrey. La lésion datait de deux mois et demi; il y avait eu un épanchement de sang autour de l'articulation, et de la crépitation; cette dernière circonstance doit faire penser que le déplacemen tavait été compliqué d'une fracture, probablement du rebord de la cavité glénoïde. M. H. Larrey avaitessayéinfructueusement la méthode de White. L'emploi des moufles ne fut suivi, bien entendu, d'aucun accident.

Citons maintenant les faits qui sont à notre connaissance, de réduction ou de tentatives de réduction, par l'appareil de M. Sédillot, de luxations du coude.

La seule luxation du coude que nous ayons vu réduire par M. Sédillot, à l'aide de son appareil, était une luxation simple de l'avant-bras en arrière. C'était en 1838. La lésion datait de six semaines, et existait sur le fils d'un administrateur des eaux et forêts. Elle avait eu lieu par suite d'une chute que l'enfant avait faite étant à âne. Le malade avait été adressé à M. Sédillot par M. le professeur Sanson, qui avait fait plusieurs tentatives de réduction. La réduction fut opérée au bout d'un quart d'heure environ. N'ayant pas conservé de notes sur ce fait, nous ne sommes pas à même de préciser la somme de la force employée; ce dont nous sommes certain, c'est qu'aucun accident ne suivit la réduction. Un souvenir qui nous est bien resté est celui de la joie inexprimable du père. Quand il est donné au chirurgien de faire naître une telle joie, il y trouve lui-même une émotion ineffable qui est sa plus douce récompense.

Le cas que l'on va lire est emprunté à la pratique de M. Nichet, chirurgien en chef désigné de l'hospice de la Charité de Lyon, quand il le fit connaître.

Un bourrelier (1), âgé de 34 ans, se précipita dans une cave; le poids du corps porta sur la main droite : en se relevant il avait perdu l'usage de l'avant-bras droit; ce membre se trouva fixé dans l'extension. Il alla trouver immédiatement un rhabilleur du voisinage, qui, pendant cinq minutes, fit exécuter à l'avant-bras des mouvemens très douloureux, et le renvoya en l'assurant qu'il était parfaitement guéri. Cependant au bout de huit jours les mouvemens n'étant pas revenus, il alla consulter un médecin instruit, qui reconnut le mal et fit une tentative de réduction qui n'eut point de succès; il envoya le malade à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(1) *Gazette médicale* du 16 juillet 1836.

L'existence d'une luxation des deux os de l'avant-bras en arrière n'était point douteuse....

Je fis un premier essai de réduction avec des aides nombreux et vigoureux ; mais les os de l'avant-bras gardèrent invariablement leur position. Le gonflement produit par cette tentative inutile ayant cessé, je fis l'extension continuelle ; mais elle ne put être supportée. Enfin j'eus recours au moufle. L'application en fut faite le 5 août 1835, soixante-dix jours après l'accident.

Le creux de l'aisselle et la partie antérieure de l'articulation scapulo-humérale étant garnis d'une couche épaisse d'étoupe, un drap plié en cravate fut appliqué par sa partie moyenne sous l'aisselle, et ses chefs, ramenés en avant et en arrière, furent passés dans un anneau scellé dans le mur, et solidement noués. Le poignet garni d'étoupe fut environné d'un lacq fixé par une forte bande. A la suite de ce lacq je plaçai un dynamomètre auquel tenait un moufle qui prenait son point d'appui à un anneau fixé dans un mur, à dix pieds de distance de l'anneau qui soutenait la contre-extension. Trente minutes furent employées à faire l'extension, qui fut portée graduellement jusqu'à 380 livres ; pendant ce temps on sentait l'olécrane descendre et se rapprocher des tubérosités humérales. Lorsque je pensai que la surface articulaire du cubitus était assez descendue pour s'appliquer sur la poulie de l'humérus, je fis subitement cesser les tractions ; des aides s'emparèrent du lacq de l'extension, et portèrent rapidement l'avant-bras dans la flexion, qui alla sans la moindre résistance jusqu'à ses limites les plus extrêmes ; en même temps le coude reprit sa conformation naturelle ; les mouvemens d'extension et de flexion s'exécutèrent avec une grande facilité, tant les moyens d'union des surfaces articulaires étaient relâchés. Au bout d'une demi-heure il survint une douleur violente dans l'articulation, et un vaste engorgement sans rougeur ne tarda pas à la suivre (30 sangsues au bras ; potion avec deux grains d'opium ; application d'eau végéto-minérale). Le lendemain une ecchymose très foncée se montra tout autour de la tubérosité interne de l'humérus ; cette partie était très sensible. Tous ces symptômes se dissipèrent par le repos et les applications résolutives. Une légère raideur qui persista dans l'articulation fut facilement combattue par les douches d'eau minérale, et lorsque le malade quitta l'hôpital, deux mois après la réduction, l'articulation ne présentait plus de traces de l'accident : sa forme, ses mouvemens et sa force étaient parfaitement rétablis.

L'auteur se félicite, dans les réflexions dont il fait suivre

cette observation, de ce que l'usage des moufles, proscrit d'une manière si absolue par les chirurgiens français, ait enfin été remis en vigueur : « Car, dit-il, si l'adresse est indispensable pour rétablir un os dans sa place naturelle, la force n'est pas moins, dans beaucoup de cas, et surtout dans les luxations anciennes, le principal élément du succès. » Ici nous sommes obligé de contredire un peu notre auteur. Que parle-t-il de force? 380 livres sont-elles donc une force excessive, surtout si on les compare à la puissance que précédemment avaient dû déployer des aides *nombreux et vigoureux?* En se prononçant ainsi contre l'évidence du fait, M. Nichet aurait pu voir qu'il allait directement contre son but, qui était de préconiser l'emploi du moufle. La cause du moufle serait perdue, en effet, s'il ne pouvait agir qu'à la condition d'une force considérable; mais il n'en est pas ainsi; il agit par le maintien, par la continuité de tractions modérées. Persévérance dans l'emploi d'une force peu élevée, voilà le principe de l'emploi du moufle. « Et qu'on ne dise pas, ajoute M. Nichet, avec grande raison, cette fois, qu'une machine est une force aveugle qu'on ne saurait ni limiter, ni diriger ; on ne peut faire aux extensions par les machines aucun reproche que l'emploi des aides ne mérite à plus juste titre. *Tous les accidens survenus après la réduction des luxations anciennes ont été produits par des aides*. Peut-il en être autrement lorsqu'on réfléchit au résultat prodigieux que doit avoir l'effort simultané de dix ou douze jeunes gens ordinairement très robustes? Mais cet effort a encore l'inconvénient d'être instantané, *tandis qu'avec une machine on n'y arrive qu'avec le temps et par degrés insensibles*. »

Une circonstance que nous mentionnons avec regret, ce

sont les accidens dont la réduction a été suivie; accidens assez graves, puisqu'ils ont nécessité une application de sangsues, et l'emploi de résolutifs pendant plusieurs jours. Notons toutefois, et d'une manière expresse, que ce cas est le seul dans lequel de tels accidens se soient produits. On ne doit pas oublier, d'ailleurs, que l'emploi des aides avait également déterminé un engorgement dont il avait fallu attendre la disparition pour tenter de nouveaux efforts. Enfin, quel est le moyen qui sera toujours innocent dans son application? N'a-t-on pas vu des vésicatoires occasioner des érysipèles mortels?

L'appareil de M. Sédillot a été mis en usage par M. Nichet dans un autre cas, mais infructueusement. Voici l'observation.

Antoine Roux (1), âgé de dix-sept ans, tomba d'une voiture sur le côté interne du coude gauche; le bras et l'avant-bras ne tardèrent pas à s'engorger. Le lendemain de cette chute il alla consulter un rhabilleur qui exerça quelques tractions, ordonna un liniment, et renvoya le malade. Celui-ci y retourna pendant quinze jours, sans que les mouvemens en devinssent plus faciles. Voici dans quel état se trouvait l'articulation du coude à son entrée à l'Hôtel-Dieu, le premier février 1836, quatre mois après l'accident. L'articulation est indolente; les muscles, très minces, permettent de préciser les rapports respectifs des saillies osseuses. L'olécrane fait derrière le bras une saillie très prononcée; au-dessus d'elle on sent une dépression, et on trouve le muscle triceps saillant et éloigné de l'humérus. L'olécrane n'est pas plus rapproché de l'acromion que celui du membre sain, en sorte que l'avant-bras n'est pas raccourci. En avant de l'articulation on sent l'extrémité inférieure de l'humérus, dont on distingue les saillies et les enfoncemens. L'extrémité supérieure du radius est placée directement sous l'épicondyle; elle ne déborde l'humérus ni en avant ni en arrière; elle roule sur cette éminence comme sur le condyle lui-même; aussi les mouvemens de pronation et de supination de la main s'exécutent-ils comme dans l'état normal. Le cu-

(1) *Gazette médicale* du 16 juillet 1836.

bitus a abandonné la trochlée humérale et s'est venu placer dans la rainure qui sépare le bord externe de cette poulie articulaire du condyle huméral. En dedans de l'extrémité supérieure du cubitus, on touche, à travers la peau, la poulie articulaire de l'humérus vide, et au-dessus d'elle et plus en dedans une forte saillie formée par l'épitrochlée. L'avant-bras est fixé dans la demi-flexion ; les mouvemens de flexion et d'extension sont tout-à-fait impossibles. Il y a donc luxation complète du radius en dehors seulement, et luxation incomplète du cubitus en dehors et en arrière.

Une première tentative de réduction avec le moufle n'eut pas d'autre résultat que d'éloigner de quelques lignes le radius de l'humérus, et d'étendre un peu les mouvemens de flexion et d'extension. Le cubitus ne descendit pas d'une manière sensible. Les tractions durèrent une heure, et on porta la force jusqu'à 164 k. La tuméfaction fut peu considérable, et disparut en trois jours par les bains et les cataplasmes. A la sollicitation du malade, qui était plein de courage et qui désirait vivement être délivré de son infirmité, nous fîmes, quinze jours après, un second essai de réduction qui dura une heure comme le premier. Pendant les tractions les plus fortes, le radius était séparé do l'épicondyle par un espace de six lignes, mais l'olécrane nous parut invariablement fixé dans la place qu'il occupait ; les pressions les plus fortes exercées par des aides vigoureux ne purent le déplacer ni en avant ni en dedans. Cette seconde épreuve eut pour résultat de donner plus de laxité à l'articulation et de permettre de porter la flexion jusqu'à l'angle droit ; la pronation et la supination étaient toujours conservées ; mais la difformité resta toujours la même, et je crus qu'il n'était ni rationnel ni prudent de revenir à d'autres tentatives, auxquelles le malade aurait d'ailleurs facilement consenti.

Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'une luxation du coude datant de quatre mois soit demeurée irréductible.

Ce qui nous importe dans cette observation, c'est que deux fois le moufle ait été appliqué pendant une heure sans qu'il en soit résulté le moindre accident.

M. le professeur Gerdy est partisan de l'emploi des moufles. Cette adhésion à la doctrine que nous voudrions faire prévaloir est importante ; l'opinion de M. Gerdy a un grand poids. M. Gerdy est sans doute de ceux qui pensent, avec

raison, que tous les moyens, même les plus dangereux, peuvent être innocens, comme les plus innocens peuvent devenir dangereux : il s'agit de savoir les employer. Dans les luxations récentes, M. Gerdy ne croit pas qu'il soit nécessaire de se servir du dynamomètre : et même, que nous sachions, pour son compte, il ne s'est jamais, que la luxation fût ancienne ou récente, aidé de ce régulateur. Qu'un chirurgien éminent s'en rapporte à lui-même du soin de régler les tractions du moufle, personne n'en sera surpris; mais tout le monde ne peut prétendre à de telles prérogatives, et nous croyons indispensable d'attacher, à titre de condition absolue, à l'emploi des moufles l'emploi du dynamomètre.

C'est à l'obligeance du savant professeur qui vient d'être nommé que nous devons la communication du fait suivant :

Le 24 septembre est entré Vigneron (Jean-Pierre), sabotier, âgé de 34 ans, demeurant à Sinceny (Aisne). Il a été placé au n° 25 de la salle Saint-Jean, hôpital de la Charité.

Le 7 mai dernier il fit, sur le côté gauche, une chute dans laquelle le talon de la main gauche, en rencontrant le sol, supporta tout le poids du corps. Cette chute détermina dans le bras gauche une assez vive douleur qu'il essayait de diminuer en supportant ce bras avec la main droite. Bientôt il s'aperçut que les mouvemens de flexion et d'extension de l'avant-bras gauche ne s'exécutaient plus que dans des limites très restreintes et en occasionant beaucoup de douleur. Le bras malade ne tarda pas à se gonfler : la douleur persistant, on fit appeler un chirurgien qui constata une luxation, mais, à cause du gonflement des parties, s'abstint de toute tentative de réduction, et se borna à faire appliquer 25 sangsues. Après trois jours la douleur disparut; mais le gonflement dura dix à douze jours, et ce fut seulement seize jours après l'accident que le chirurgien tenta une réduction qui ne réussit pas. Alors, au dire du malade, le chirurgien constata un fracture, et plaça le bras étendu entre deux attelles, l'une antérieure, l'autre postérieure, qui s'étendaient de l'épaule au poignet. Quelle était cette fracture constatée par le chirurgien? Le malade a entendu ce dernier dire que c'était une fracture de la poulie, de la trochlée probablement, ou peut-être de l'épitrochlée.

Toutefois, l'appareil contentif fut continué pendant quinze jours. Au bout de ce temps l'avant-bras gauche ne pouvait être ni fléchi ni étendu, si ce n'est dans un très petit espace. En voulant aller plus loin, on éprouvait une vive résistance et on occasionait beaucoup de douleur. Le médecin conseilla des bains, des cataplasmes, etc. Mais au bout de quelque temps, le malade, ennuyé de ne pas recouvrer l'usage de son avant-bras, alla trouver, à Soissons, un chirurgien qui fit, pour réduire la luxation, de nouveaux efforts aussi infructueux que l'avaient été les premiers. Quelques semaines après, c'est-à-dire plus de deux mois depuis l'accident, trois chirurgiens du pays tentèrent de concert, mais encore en vain, la réduction de la luxation. Jusqu'ici on n'avait mis en usage que les moyens ordinaires, c'est-à-dire des tractions exercées immédiatement par des hommes, sans l'intermédiaire des moufles.

Sur le conseil de plusieurs personnes, le malade se décida à venir à Paris, où il entra dans cet hôpital, le 24 septembre 1839. M. Malgaigne, alors chargé du service, se contenta d'essayer au lit du malade quelques efforts pour augmenter la flexion et l'extension de l'avant-bras. Il continua de répéter ces tentatives tous les deux ou trois jours, jusqu'à ce que M. Gerdy reprit le service, c'est-à-dire jusqu'au 1er novembre. Environ trois semaines après, M. Gerdy se décida à tenter, à l'aide d'un moufle, la réduction de la luxation. La luxation avait alors plus de six mois de date.

A cette époque, c'est-à-dire le 26 novembre, voici ce qu'on observait du côté du bras malade. — L'avant-bras était fléchi sur le bras, de manière à former avec lui un angle très obtus. Dans le pli du bras, on sentait la saillie de l'extrémité inférieure de l'humérus. En arrière, l'olécrane remontait sur la face postérieure de l'humérus, de manière à dépasser de près d'un demi-pouce le niveau des tubérosités interne et externe. Le tendon du triceps brachial était notablement soulevé. Les mouvemens de flexion et d'extension étaient très difficiles, pour ne pas dire impossibles.

M. Gerdy garnit l'avant-bras, en commençant à trois travers de doigt au-dessous du coude, d'une couche de coton, épaisse d'au moins trois pouces, qu'il assujettit fermement avec de fortes bandes mouillées; par-dessus, il appliqua les extrémités d'un lacq formé d'un petit drap plié en cravate, qu'il assujettit par des circonvolutions de bande mouillée, en ayant soin de comprimer entre plusieurs plans de circonvolutions les extrémités du lacq plusieurs fois repliées sur elles-mêmes. Ensuite il garnit d'une couche de coton également épaisse d'au moins trois pouces, le bras, l'épaule et l'aisselle, et

appliqua par dessus cette couche le lacq destiné à opérer la contre-extension. Ce lacq fut fixé à la tête du lit servant aux opérations, sur lequel était couché le malade. L'autre lacq reçut le crochet d'un moufle composé de trois poulies, et destiné à augmenter, en la régularisant, la force des tractions. Un élève fut chargé de faire agir le moufle. Il tira avec lenteur et régularité, sans aucune saccade. Au bout d'environ dix minutes de traction, on lâcha le moufle, et M. Gerdy tenta, en poussant en arrière l'humérus et en avant l'olécrane, de rétablir les rapports de l'articulation. Les efforts furent infructueux. On recommença la traction à l'aide du moufle, et une fois encore on échoua.

Le bras débarrassé de l'appareil destiné à diminuer la violence de la compression, s'engorgea rapidement, il devint rouge, violet et presque noir. Du reste, on ne trouva nulle part d'excoriations ; la peau était parfaitement intacte. Seulement, le malade éprouvait une assez vive douleur, que l'on calma à l'aide de cataplasmes et de bains locaux. Le surlendemain la douleur avait beaucoup diminué. Quatre jours après il n'y en avait plus, et les traces des tentatives que l'on avait faites ne tardèrent pas à disparaître.

Aussi, quinze jours après, M. Gerdy se décida à en essayer de nouvelles ; mais cette fois, pour mieux réussir, il commença par diviser sous la peau, à l'aide d'un bistouri étroit introduit par une petite ouverture, le tendon du triceps brachial ; il divisa aussi les fibres superficielles du faisceau tendineux qui s'insère à l'épitrochée. Ensuite, en procédant comme précédemment, on fit de nouvelles tractions, qu'on recommença deux fois sans réussir à rétablir l'articulation dans son état normal. Toutefois la flexion et l'extension du coude ont gagné beaucoup en étendue; on fait facilement exécuter ces mouvements, dans d'assez larges limites, sans occasioner de douleur au malade. Du reste, les suites de ces nouvelles tentatives ont été aussi innocentes que possible. L'engorgement et la douleur occasionées par la compression et la traction ont bientôt cédé, comme la première fois, aux bains et aux cataplasmes. Les petites ouvertures faites à la peau pour la section des tendons n'ont pas tardé à se cicatriser.

M. Gerdy voulait continuer ses tentatives de réduction en ajoutant quelques sections tendineuses et ligamenteuses à celles qu'il avait déjà essayées en vain ; mais le malade découragé, ne voulant pas s'y soumettre, s'en alla de l'hôpital.

Y avait-il eu effectivement fracture ? C'est ce que l'on ne peut pas dire : les données fournies par le malade sont insuffisantes. Toujours est-il que les fractures compliquant les

luxations sont plus fréquentes qu'on ne pense. Et ici, nous ne voulons point parler des fractures qui consistent dans une solution complète de la continuité osseuse; d'une fracture du col du fémur, par exemple, co-existant avec une luxation coxo-fémorale, comme M. Gerdy a bien voulu nous en montrer un exemple dans ses notes. Nous voulons parler spécialement de ces sortes de fractures par écrasement, qui atteignent assez fréquemment les articles, qu'il y ait ou non en même temps luxation, et qui n'ont pas encore été étudiées comme elles le méritent. Nous entendions récemment M. le professeur Velpeau, dans son amphithéâtre de la Charité, signaler la fréquence méconnue de ces fractures, et nous saisissons avec empressement l'occasion d'indiquer le besoin d'une monographie sur ce sujet. Nous nous souvenons au moins de quatre cas, dans lesquels la crépitation, perçue immédiatement après l'accident, rendit évidente l'existence d'une fracture par écrasement de l'articulation luxée. Les lecteurs de ce journal se rappellent le cas malheureux rapporté par M. Deville, et dont nous-même avons déjà parlé : l'apophyse coronoïde du cubitus était fracturée. On comprend qu'une telle lésion, existant sur la route que la tête osseuse aura à parcourir pour rentrer dans sa cavité, doit être une circonstance défavorable à la réduction. Dans les quatre cas que nous nous rappelons, et dans lesquels il fut impossible de réduire, il est très probable que c'était en majeure partie à cette circonstance qu'était due l'irréductibilité.

Dans le fait en question, il n'est pas nécessaire de supposer une fracture co-existante. Une luxation du coude, qui date de plus de six mois, peut très bien être irréductible sans cette complication.

On aura remarqué avec quel soin scrupuleux M. Gerdy avait garni le membre, afin d'éviter les effets de la compression par les lacqs; aussi n'y eut-il pas d'excoriations. L'engorgement qui se manifesta si rapidement après la levée des bandes ne devait inspirer et n'inspira aucune inquiétude. Nous avons observé plusieurs fois le même phénomène, et jamais il n'a tardé à se dissiper spontanément. Cette couleur lie-de-vin dont il a été question n'a rien qui doive effrayer; elle disparaît promptement.

Le cas dont il s'agit est digne d'attention par l'application inoffensive qui lui a été faite de la ténotomie. La ténotomie proprement dite (section des tendons) est-elle appelée à rendre des services dans la réduction des luxations? C'est une question délicate; nous laisserons au temps le soin de la résoudre. Il y a une autre question, plus délicate encore, à s'adresser : Peut-on penser à aller avec le ténotome diviser les moyens ligamenteux qui retiennent l'os dans sa position anormale?

M. Gerdy se sert d'un lacq auquel il attache le crochet des poulies, au lieu du bracelet dont fait usage M. Sédillot. Un lacq est plus facile à trouver qu'un bracelet, et, sous ce rapport, l'avantage est pour lui. Mais le bracelet est plus facile à appliquer, moins volumineux, plus simple en un mot; aussi lui donnerions-nous la préférence.

Le fait que nous allons rapporter maintenant ne nous offre pas un exemple d'application des moufles; il prouve, au contraire, l'efficacité d'une autre méthode de réduction dans une luxation ancienne, et nous fournira le sujet de quelques réflexions. Il nous a été adressé par un praticien distingué, M. Bonnafont, chirurgien-major aux ambulances d'Afrique. Cette observation d'ailleurs, nous la publierions encore,

quand elle ne contiendrait autre chose que le fait de la luxation en lui-même, attendu que ce fait est un exemple, le quatrième seulement, à notre connaissance, de cette luxation de fraîche date, découverte par M. Sédillot, et qui consiste dans le déplacement isolé de l'extrémité supérieure du cubitus en arrière.

Claveris, Jean, soldat au 26me de ligne, est entré à l'hôpital Sala-Bey, le 15 mars 1838, pour une luxation ancienne de l'extrémité supérieure du cubitus, caractérisée par les signes suivans: 1° Demi-flexion permanente de l'avant-bras, qui est légèrement porté dans le sens de la pronation; 2° Mouvement de flexion et d'extension de l'articulation cubito-humérale impossibles; 3° Tumeur formée par l'olécrane, située à deux ou trois centimètres au-dessus de la position normale de cette apophyse; 4° Saillie prononcée au pli et au côté interne du coude, produite par l'extrémité inférieure de l'humérus.

Cette luxation, qui ne peut être douteuse, a été produite, il y a environ deux mois, par une chute de cheval, le malade en tombant ayant cherché à amortir le coup, en appuyant la paume de sa main contre le sol. Aussitôt une douleur vive se fit sentir à l'articulation du coude et tout mouvement devint impossible.

Le gonflement considérable qui survint immédiatement après cet accident, et l'éloignement du malade de tout secours, s'opposèrent à toutes les tentatives de réduction, quand le chirurgien du corps le visita pour la première fois (Le malade étant au camp de Smendou). Deux mois après, le malade fut envoyé à l'hôpital avec l'indication de cette luxation compliquée d'ankylose de l'articulation du coude. Peu de jours après son arrivée à l'hôpital, persuadé que la luxation était irréductible, malgré les instances du malade pour que je lui rendisse l'usage de son membre, je le proposai pour la réforme, ce qui fut accepté. Mais le militaire insista en me disant, les larmes aux yeux, qu'il ne pouvait se résoudre à retourner dans son pays avec une infirmité qui devait l'empêcher de gagner sa vie. « Autant vaudrait être mort, » ajoutait-il. Cédant enfin à ses pressantes sollicitations, je commençai de la manière suivante les moyens de réduction, après avoir, pendant quatre jours, fait faire des frictions huileuses sur toute l'articulation. Le malade assis et solidement fixé, au moyen d'un drap passé sous l'aisselle, à une des colonnes en marbre de la salle, une serviette fut placée au-dessus du poignet pour opérer l'ex-

tension. Je fis passer l'avant-bras sous un gros bâton, solidement fixé par ses deux bouts et garnis de linge à l'endroit qui correspondait au pli du coude. Tout étant ainsi disposé, deux aides intelligens s'emparèrent des extrémités de la serviette pour faire l'extension, en cherchant légèrement à ramener le membre dans le sens de la flexion. Après un quart d'heure d'efforts continus j'entendis un grand craquement dans l'articulation; craquement qui fut suivi d'une douleur excessive. Redoutant les accidens que de pareils efforts pouvaient produire, je suspendis l'opération et je fis recouvrir tout le membre de compresses trempées dans un liquide résolutif (eau blanche). Mais aucun accident n'ayant paru, je crus pouvoir renouveler les tentatives le troisième jour. J'y fus d'ailleurs encouragé, et par le malade et par un léger changement dans l'avant-bras qui s'était porté un peu vers la supination. Cette fois mes efforts furent couronnés d'un plein succès; car après un nouveau craquement bien plus fort que le premier, je dis aux aides de fléchir progressivement l'avant-bras pendant que mes deux mains, prenant un point d'appui solide sur le bâton, pressaient fortement, avec les deux pouces, l'apophyse olécrane et la dirigeaient vers sa cavité normale. Une légère secousse que produisit la rentrée du condyle interne de l'humérus dans la cavité sigmoïde du cubitus et la facilité avec laquelle le membre obéit aux efforts de flexion, m'annoncèrent que la réduction était faite. Je portai aussitôt l'avant-bras, après l'avoir dégagé de son lien, dans une flexion telle que la main regardait l'épaule opposée, et je le fixai dans cette position à l'aide d'un bandage de corps et d'une écharpe. Le malade fut condamné au repos absolu et le membre recouvert de compresses d'eau blanche opiacée, dont l'usage suffit pour dissiper un léger engorgement qui survint autour de l'articulation et qui avait disparu le cinquième jour. Dès ce moment je crus pouvoir commencer à faire exécuter quelques mouvemens à l'articulation, en ayant la précaution de tenir un pouce sur l'olécrane pendant que l'avant-bras était porté dans l'extension, afin de prévenir un nouveau déplacement. Cette manœuvre, renouvelée d'abord une fois par jour, puis deux, en la favorisant à l'aide de frictions avec un liniment d'huile de camomille camphrée, fut abandonnée au bout d'un mois, époque où le malade se servait de ce membre presque aussi bien que de celui du côté opposé. J'ai appris depuis peu de temps que rien n'avait entravé cette cure que je n'aurais jamais osé entreprendre si le malade n'y avait mis une insistance si heureusement opiniâtre.

Ainsi les efforts qu'il a fallu faire pour détruire des adhérences aussi anciennes dans l'articulation complexe du coude, n'ont été suivis que d'un

léger gonflement qui n'a nécessité aucun moyen particulier. C'est un fait à ajouter à côté de ceux déjà recueillis par MM. Sédillot, Malgaigne, A. Cooper, etc. etc., et qui prouve qu'on peut tenter la réduction de luxations considérées, il y a peu de temps, comme incurables.

Cette observation nous montre un homme qui, dans l'impossibilité de se servir de son membre luxé, aurait préféré mourir que de vivre avec son infirmité. Le chirurgien, se rendant aux inspirations de la prudence et fidèle aux préceptes des maîtres, retenu par des craintes qui peuvent être une erreur, mais qui ne sont jamais une faute, le chirurgien avait décliné l'intervention de l'art; il avait fallu de pressantes prières et les larmes du blessé pour vaincre ses répugnances. Le succès couronna ses efforts. Est-ce à dire qu'il n'eût pas mieux valu employer d'autres moyens de réduction? Non pas, certes, que nous veuillions faire le procès de la conduite tenue par M. Bonnafont. Ce chirurgien prudent et éclairé a mis en usage les seuls moyens qu'il eût à sa dispotion. On se rappellera qu'il était à Constantine, et qu'il lui eût été bien difficile de se procurer là des moufles. Mais, si les circonstances eussent été autres, M. Bonnafont n'aurait-il pas préféré à des moyens aveugles, qui ont dû, par cela même, lui causer de l'effroi tant qu'a duré leur application, l'emploi d'un appareil qui lui aurait donné la mesure exacte de la force qu'il mettait en action? La réponse que nous ferait M. Bonnafont nous est indiquée par la prudence même dont ce chirurgien a fait preuve en se refusant d'abord si opiniâtrément au vœu du malade.

Il y a, dans cette observation, une circonstance qui aura frappé le lecteur, et qu'il importe de rappeler, c'est le fort craquement qui s'est fait sentir à deux reprises pendant que le membre était soumis à la force extensive. C'étaient des adhérences ligamenteuses qui se rompaient. Ce bruit de cra-

quement avait une première fois arrêté le chirurgien, qui passa outre, la seconde. Il a fallu pour cela quelque courage. S'il était arrivé un accident, ce courage eût été imputé à crime au chirurgien. C'est une condition malheureuse de l'homme de l'art, que, souvent, des tentatives qui lui ont coûté au physique et au moral, tournent contre lui, et, aux yeux du vulgaire, moins encore peut-être qu'aux yeux de ses confrères, incriminent sa conduite.

Faisons connaître maintenant les cas de luxation coxo-fémorale dans lesquels, à notre connaissance, M. Sédillot a appliqué son appareil.

Voici, en première ligne, suivant l'ordre chronologique, un cas d'insuccès.

Luxation du fémur droit, en haut, en dehors et en arrière. — Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n. 20. — Régomi (Philippe), âgé de 36 ans, domestique charretier, demeurant à Saint-Germain-des-Champs, conduisait, le 2 juillet 1836, un lourd chariot à quatre roues, chargé de troncs d'arbres non équarris, lorsqu'il tomba du côté gauche du chariot, sur lequel il s'était endormi. Il se trouva couché à plat ventre en travers de la voiture, au-devant de la roue de derrière, les pieds en dehors, la tête et le tronc sous le chariot. A ce qu'il paraît, il se souleva immédiatement sur ses mains, et cria à son attelage, composé de deux chevaux et de deux bœufs, d'arrêter; mais au même moment la roue de derrière vint le heurter à la hanche droite, sans pouvoir passer outre. L'attelage ayant continué à marcher, la roue poussa le membre devant elle, et, comme le terrain était uni, Régomi fut ainsi déplacé dans l'espace de sept à huit pas, jusqu'à ce qu'ayant rencontré une saillie, la hanche tint ferme, et arrêta la voiture. Régomi cria de nouveau à ses chevaux d'arrêter; mais loin de l'écouter, ils firent un nouvel effort pour surmonter la résistance qui arrêtait la voiture, et le membre ayant soutenu ce second choc, resta presque engagé sous la roue pendant un quart d'heure. D'autres voituriers étant alors arrivés, dégagèrent le malade qui, n'ayant plus d'inquiétude pour sa vie, commença à ressentir les plus vives douleurs dans la hanche droite, surtout pendant qu'on le plaçait sur sa voiture, et qu'on le conduisait à l'auberge la plus voisine, qui était encore distante d'une lieue. Là il fut couché, et on lui appliqua 38 sangsues sur la

hanche, qui devint bleuâtre, les jours suivans, dans toute la circonférence de la partie supérieure de la cuisse. Un des médecins appelés reconnut une luxation, et essaya de la réduire; mais, bien qu'il annonçât avoir réussi, il n'y était pas parvenu.

Au bout de huit jours, la personne chez laquelle servait Régomi vint le chercher, et le remena chez elle, où elle le garda trois mois. Pendant ce temps le malade commença à se lever, marcha avec des béquilles, et essaya de s'appuyer sur le membre inférieur droit; mais il ne le pouvait sans de vives douleurs dans la hanche, et le membre était trop faible pour qu'il pût s'y appuyer complètement. De Randoles où il était, il vint passer le quatrième mois à Ronchères, et de là il partit pour Paris, où il entra à l'Hôtel-Dieu, le jeudi 10 novembre 1836, dans le service de M. Breschet (salle Saint-Jean, n. 20.)

A l'examen du malade, le 20 du même mois, le membre inférieur droit est raccourci, et tourné dans la rotation en dedans. De ce côté le pied est situé au-dessus de l'autre, qu'il croise, de manière à ce que le gros orteil du premier correspond au petit orteil du second. Le talon se trouve au niveau de la malléole interne du pied gauche.

Le genou, qui est dans la rotation en dedans, touche le côté interne de la cuisse opposée, à deux pouces au-dessus de l'articulation tibio-fémorale.

Le pli de l'aîne a la même forme des deux côtés, mais la hanche paraît très élargie à droite, en raison de la forte saillie que produit dans ce sens le grand trochanter. Celui-ci ne paraît pas aussi rapproché de l'épine iliaque antéro-supérieure que pourrait le faire croire le raccourcissement total du membre, mais cela tient à ce qu'il est très écarté en dehors; car si on prend son niveau horizontalement par rapport à la verticale du corps, on s'aperçoit qu'il est remonté de toute la hauteur du raccourcissement.

La fesse droite est aplatie, et de deux pouces environ plus large que la gauche.

Le pli de la fesse semble être presque au niveau de celui de gauche, quand le malade est couché sur ce côté; mais dans le décubitus sur le ventre ce pli est à six lignes plus haut que l'autre, près du périnée, et à deux pouces si on l'examine à sa terminaison en dehors; il est par conséquent très oblique de bas en haut et de dedans en dehors. Dans cette position, le grand trochanter est d'un pouce et demi au moins plus élevé que l'autre.

Entre l'épine iliaque antéro-supérieure est le grand trochanter, une tuméfaction considérable a remplacé l'aplatissement normal de cette partie, et lorsque, posant la main sur elle, on imprime quelques mouvemens à la cuisse,

on croit sentir une mobilité profonde qui pourrait faire croire à la présence dans ce point, de la tête du fémur; mais cette apparence est illusoire, et dépend des contractions et des mouvemens qu'éprouvent les muscles petit et moyen fessiers; la tête du fémur se sent en haut et en arrière du grand trochanter, sous forme d'une tumeur dure et arrondie, dont on suit facilement tous les mouvemens en rapport avec ceux imprimés au membre.

C'est une règle générale que dans toutes les luxations sur la fosse iliaque externe, la tête fémorale soit située en arrière du grand trochanter.

La tête du fémur est, chez Régomi, au-dessus et un peu en dehors de la grande échancrure ischiatique, mais elle ne paraît pas avoir toujours occupé cette place, et le malade assure que le raccourcissement du membre était moitié moindre avant qu'il eût essayé de marcher, ce qui doit faire penser que la luxation a été primitivement en arrière et qu'elle n'est devenue luxation en haut, que consécutivement.

L'extension de la cuisse est presque complète, la flexion est difficile, douloureuse et atteint à peine l'angle droit; l'adduction est le mouvement le plus marqué; l'abduction est au contraire extrêmement bornée. La rotation du pied en dedans est facile, et elle peut être portée au point de rendre le pied transversal du talon à la pointe; la rotation en dehors peut ramener le pied à une ligne droite, d'arrière en avant et du talon à sa pointe, mais elle ne va guère au-delà.

26 novembre. On commence une extension continue du poids de 20 livres. Elle allonge le membre d'un pouce; on la maintient pendant trois jours sur les genoux, où elle détermine quelques ampoules.

30 novembre. Une tentative de réduction par l'appareil de M. Sédillot a été faite : la cuisse luxée a été tirée dans une position demi fléchie, croisant la cuisse saine vers sa partie moyenne environ. La traction avait lieu par les moufles attachés à terre, afin d'agir sur le genou de bas en haut, et de dégager par suite la tête fémorale. La contre-extension fut faite sur l'ischion et l'arcade pubienne; un des côtés du lacq appuyait fortement sur la fosse iliaque externe, et la maintenait solidement. Le malade était couché sur le côté gauche du corps. L'extension a duré trente-cinq minutes; pendant l'opération, on a fait une saignée de trente-trois onces, et donné plusieurs grains d'émétique, sans qu'on pût obtenir ni faiblesse, ni nausées. Le malade ne s'est plaint que du genou et de la partie du membre où posait le lien contre-extensif; il n'y a eu aucune douleur produite vers le lieu occupé par l'os luxé. M. Breschet ayant désiré que l'on ne prolongeât pas l'exten-

sion davantage, elle a été cessée. Le malade reporté dans son lit n'a éprouvé aucun accident; la peau comprimée par les bandages n'a pas été le siége de la moindre ecchymose, et aujourd'hui, 2 décembre, le malade n'éprouve pas la plus légère douleur dans aucune partie du membre.

Une autre tentative est faite aujourd'hui, 7 décembre; mais le malade est découragé, parce qu'on dit autour de lui qu'il souffrira inutilement.

A chaque instant, le chirurgien traitant, que domine la crainte de voir arriver un accident, dit à l'opéré : Si vous ne voulez pas que l'on continue, tout sera arrêté à l'instant même. Le patient ne tarde pas à s'écrier qu'on l'estropie, qu'on le fracture. On n'avait cependant pas tiré plus de 150 livres. L'opération est arrêtée, et le malade retourne à son lit. Il n'y a pas eu le plus léger accident.

L'accident était arrivé le 2 juillet. Environ cinq mois après, le 30 novembre, eut lieu la première tentative par le moufle. Il n'y aurait donc pas à s'étonner que ce moyen n'eût pas réussi. Mais on ne peut pas dire que les essais de réduction aient été complets. Aussi, quand nous annoncions le cas de Régomi comme un insuccès, à part nous-même, nous prenions des réserves. Sans doute le moufle n'a pas réussi; mais a-t-on fait tout ce qu'il fallait faire pour qu'il réussît?

Remarquons que souvent les malades crient et se plaignent plus qu'ils ne souffrent. Il importe que le chirurgien apprécie leur état autrement que par leurs lamentations; il importe surtout que, par son attitude inquiète, il n'ajoute pas à leur frayeur. Il y a souvent, dans ce qu'ils éprouvent, plus d'irritation et de terreur que de douleur réelle. Régomi criait qu'on le déchirait, et en définitive, il ne présenta pas la plus petite excoriation. Quand le chirurgien emploie une force médiocre, 150 livres, par exemple, comme dans le cas dont il s'agit, et jusqu'à 300 livres, il doit laisser crier le malade, et même ne pas lui répondre. Nous avons vu plusieurs fois les bonnes paroles du chirurgien au patient

exaspérer celui-ci jusqu'à l'exaltation la plus violente. Quand au contraire le malade rencontre une volonté impassible et muette, il finit ordinairement par se résigner.

Nous avons vu, dans cette observation de Régomi, la saignée et l'émétique ne produire aucun résultat. Cela a toujours été ainsi dans les cas que nous avons vus : jamais on n'a pu faire tomber un malade en syncope. Ce fait est singulier ; mais nous répétons qu'il est constant.

Cette observation pourrait soulever l'importante question des luxations consécutives, à laquelle nous ne voulons que toucher, pour indiquer une loi, que nous sommes loin de donner comme positive, mais que nous proposons à l'examen des chirurgiens ; la voici : dans le membre supérieur, les luxations consécutives se feront en bas, parce que l'humérus obéira au poids du membre ; dans le membre inférieur, elles auront lieu de bas en haut ; c'est-à-dire qu'une luxation en bas et en arrière deviendra une luxation en haut, parce que la tête osseuse sera poussée dans ce sens par le poids du corps, pressant sur elle en sens contraire de la résistance du sol. Nous ne parlons, comme on voit, que des luxations consécutives *spontanées ;* celles qui succèdent aux tentatives de réduction seront variables selon la direction des efforts tentés.

Nous ne pouvons rappeler que de mémoire, n'ayant pas pris de notes sur ce fait, un cas de luxation coxo-fémorale, réduite par M. Sédillot au moyen du moufle, dans le service de M. Nélaton, à l'hôpital Saint-Antoine, en 1840. La luxation était iliaque, et datait de 17 jours. MM. Nélaton et Desprès avaient fait, par les moyens ordinaires, toutes sortes de tentatives, et avaient échoué. M. Sédillot appliqua le moufle, et la réduction fut complète au bout de cinq mi-

nutes. On n'avait employé qu'une force de 100 kilogrammes. L'extension avait été faite de bas en haut, à partir du membre, et en dedans, de manière à ce que la cuisse luxée croisât l'autre vers le tiers inférieur. La contre-extension avait été opérée au moyen d'un lacq passé dans un anneau fixé au mur.

Nous fûmes moins heureux sur une femme, dans les premiers jours de cette année. M. Sédillot avait été appelé par M. le docteur Pinel-Grandchamps : sachant que nous nous intéressions à la question, il avait bien voulu nous faire prévenir. Cette femme était tombée ayant une hotte assez chargée sur le dos, et s'était fait une luxation en haut et en avant, ou sur le pubis, *luxation sus-pubienne*. Les signes étaient évidens. Il existait au côté interne du pli de l'aine, sur le pubis, une tumeur dure que l'on sentait remuer quand on imprimait des mouvemens à la cuisse. Le membre n'était ni allongé, ni raccourci. La femme avait éprouvé une rétention d'urine, circonstance dont nous nous étions immédiatement informé, sur la foi d'Hippocrate. La lésion avait été prise pour une fracture du col du fémur par le premier médecin appelé, et traitée comme telle. M. Pinel-Grandchamps, consulté ensuite, avait parfaitement diagnostiqué. Le moufle fut appliqué, et le bassin convenablement maintenu. On saigna abondamment la malade pendant les tractions. Il fut impossible de la faire tomber en syncope. A un certain moment, M. Sédillot, pour dégager la tête osseuse, fit mettre la cuisse dans l'extension forcée, et tira sur le membre dans cette position. Pour cela, on plaça des coussins sous le bassin de la femme ; le bassin étant ainsi plus élevé que la tête et les pieds, la tête fémorale, portée en avant, devait tendre à abandonner le pubis. Au bout de vingt minutes environ, les efforts étant infructueux, on cessa l'extension.

Il faut dire qu'on avait oublié de porter le dynamomètre. En définitive, l'application du moufle, dans ce cas, n'a été ni régulière, ni complète, et, par des raisons indépendantes de la volonté de l'opérateur, l'art n'a malheureusement pas fait tout ce qu'il pouvait faire. Le moufle enlevé, nous avons essayé nous-même de réduire en poussant de toute la force de notre corps sur la cuisse fléchie et portée en dedans; nous espérions ainsi faire basculer en dehors la tête osseusesur le pubis. Cette tentative est restée infructueuse.

Un autre insuccès a eu lieu le 2 mars 1841, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert. La luxation, qui était iliaque, mais très en arrière, datait de trois mois, et existait sur un homme robuste. Les tractions furent portées à 100 k., et continuées pendant huit minutes. Une saignée de trois livres fut pratiquée, et ne détermina pas de défaillance. Le matin on avait administré un décigramme de tartre stibié qui avait produit à peine quelques nausées. Le patient était dans un état extrême d'excitation nerveuse. Il demandait avec instances qu'on lui enlevât l'appareil. Sur ces entrefaites, le bracelet, solidement fixé cependant, descendit, de sorte qu'il pressait sur le mollet par son échancrure. Il fallut le replacer, mais pour cela, d'abord, le détacher complètement. Le malade, profitant de ce répit, se refusa à de nouvelles tractions. Cette épreuve a donc été incomplète, et ne prouve ni pour, ni contre l'emploi du moufle.

Le fait suivant est un cas de succès, en même temps qu'un exemple de luxation rare.

Le sujet de cette observation est un malade de l'hôpital Saint-Louis, couché dans une des salles de M. Boyer, et affecté d'une luxation du fémur sur le trou ovalaire. La luxation ne datait que de quatre jours, mais elle

avait résisté aux tentatives faites par le chirurgien traitant, quoique les tractions confiées à six ou huit aides, eussent été fort énergiques. M. Desprès, aide d'anatomie de la Faculté, qui avait eu recours, dans plusieurs cas, avec succès, à un procédé que M. Sédillot a décrit sous le nom de procédé à bascule, l'avait en vain essayé sur le malade, qui dès-lors fut confié à M. Sédillot.

Les signes étaient des plus évidens. Une énorme tumeur existait au côté interne de la cuisse. Cette tumeur était dure, assez douloureuse à la pression, et laissait sentir quelques mouvemens profonds lorsqu'on déplaçait le membre.

La cuisse était fléchie à angle obtus sur le bassin, et la jambe était fléchie sur la cuisse, position dans laquelle le malade souffrait le moins. La cuisse, mesurée dans cette situation, depuis l'épine du pubis jusqu'au condyle interne du fémur, était allongée de cinq travers de doigt. De l'épine iliaque au condyle fémoral externe, l'allongement était à peine sensible dans l'abduction du genou, mais il augmentait beaucoup dans l'adduction. Le pied n'était tourné ni en dedans, ni en dehors, mais on l'inclinait cependant beaucoup plus aisément dans ce dernier sens que dans le premier. La main engagée dans le pli de l'aine ne rencontrait pas la résistance habituelle due à la présence du fémur. Le bassin était fortement abaissé du côté blessé. A ces signes, qu'il est inutile de multiplier, il était impossible de ne pas reconnaître une luxation en bas et en dedans, ou, pour adopter une dénomination plus précise, une luxation sur le tronc ovalaire.

Le malade était jeune et fortement constitué.

M. Sédillot le fit placer sur le lit d'opérations : une large courroie, doublée de peau de daim et terminée à ses extrémités par des anneaux, embrassa par son plein la face interne et supérieure de la cuisse luxée, qui fut maintenue demi fléchie sur le bassin; une anse de corde de huit pouces de longueur, et terminée par des crochets engagés dans les anneaux de la courroie, servit au moyen d'une S d'acier à fixer un des côtés du dynamomètre, dont le côté opposé reçut le crochet du moufle, qui, lui-même, fut engagé dans une corde attachée à un crochet scellé dans la muraille à quatre ou cinq pieds au-dessus du niveau du patient. Un aide dut soutenir le genou pour l'empêcher d'être entraîné dans l'abduction.

La contre-extension fut exercée sur le bassin avec un drap plié selon sa longueur, et dont les deux extrémités furent liées et renversées de chaque côté, pour être de nouveau assujetties plus solidement et ne pouvoir glisser

l'une sur l'autre. Le drap, ainsi converti en un large anneau, fut engagé autour du bassin, de manière à correspondre à l'intervalle des épines iliaques antérieures du côté malade, et une corde à anses servit à le fixer dans un anneau scellé plus loin au niveau du sol.

L'extension et la contre-extension se faisaient donc selon une même ligne droite, et le fémur devait être porté en dehors et un peu en haut. L'aide chargé de l'extension commença à enrouler la corde du moufle sur le bâtonnet cylindrique; et pour éviter toute secousse, les yeux fixés sur le dynamomètre, il éleva peu-à-peu et graduellement la traction à cinquante kilogrammes. Tout le monde put voir que, pendant les premières minutes, il dut resserrer sans cesse la corde du moufle pour remédier au relâchement des pièces de l'appareil et ne pas laisser faiblir la force employée. M. Sédillot fit alors augmenter peu-à-peu l'extension jusqu'à cent kilogrammes, prescrivant de la maintenir à ce degré pour lasser les muscles. Le malade se plaignit assez vivement, et, au bout de dix minutes, il demanda qu'on le laissât reposer un moment; mais c'eût été perdre tout le fruit des efforts déjà faits que de cesser l'extension; aussi, M. Sédillot la fit-il continuer avec la plus parfaite exactitude; et cinq minutes après, c'est-à-dire au bout d'un quart d'heure, lorsqu'on allait augmenter la traction de vingt-cinq kilogrammes, la tête du fémur rentra brusquement dans sa cavité. La luxation était réduite.

L'appareil fut enlevé, et on examina le membre ainsi que le bassin, dont les tégumens ne présentaient aucune trace de violence. La tumeur, résistante et dure de la face interne de la cuisse avait disparu; le grand trochanter proéminait en dehors; la cuisse, au lieu de cinq travers de doigt d'allongement, n'offrait qu'un excès de longueur de quelques millimètres. Tous les mouvemens étaient redevenus libres; ainsi il ne pouvait exister de doute sur la réalité de la guérison. M. Sédillot conseilla de pratiquer quelques frictions d'eau-de-vie camphrée sur le siège de la luxation, et de maintenir la cuisse dans l'adduction et dans la rotation en dehors, pour éviter tout danger de récidive.

M. Sédillot avait fait auparavant constater par le malade lui-même, que la douleur avait été moindre avec le moufle que dans les tentatives précédentes.

Il n'y a pas eu d'extension. On n'a pas tiré sur le fémur; on l'a poussé presque directement dans le sens de la cavité cotyloïde. Ce mode de réduction fixera l'attention du lecteur.

croirait exercer une extension soutenue ou très énergique, alors qu'elle faiblit à chaque moment.

L'opérateur fit successivement élever la traction à 50 kil., puis, de cinq en cinq minutes environ, on l'augmenta graduellement jusqu'à 150 kil. que l'on ne dépassa pas. M. Sédillot, voyant que la tête du fémur restait immobile après une extension de 25 minutes, jugea convenable de terminer l'opération pour ne pas imposer au malade des douleurs presque certainement inutiles, et on enleva les différentes pièces de l'appareil. Dans aucun point, les tégumens n'avaient souffert; il n'y avait pas de traces de contusion ni d'ecchymose; la tête du fémur jouait beaucoup plus librement dans sa nouvelle cavité; mais on n'avait pas obtenu d'autres résultats.

Une circonstance bien remarquable dans cette observation c'est la double récidive du déplacement après la réduction par l'élève de garde et par M. Jobert. Cette circonstance, jointe à la crépitation perçue, doit faire penser qu'il existait, en effet, une déformation de la cavité cotyloïde, et qu'à la faveur de cette déformation la tête osseuse avait la plus grande facilité à se déplacer.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe de constater encore une fois, c'est que l'application du moufle ne fut suivie d'aucun accident; que rien sur le bassin ni sur le membre ne révéla une violence soufferte. Faudra-t-il donc condamner et proscrire une méthode en faveur de laquelle déposent, non-seulement les succès, mais encore les insuccès?

Terminons cet exposé des faits par l'observation suivante, qui est un cas de succès, et que nous devons encore à l'obligeance de M. le professeur Gerdy.

Le 26 janvier 1839, entre à Saint-Louis le nommé Tremoilet, âgé de 30 ans, homme de peine à l'Entrepôt (salle Saint-Louis, n° 7, service de M. Gerdy). Il est d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin-bilieux; ses muscles sont fortement développés; sa santé a toujours été bonne.

Ce matin, vers huit heures, tandis qu'il était à demi courbé vers la terre, il lui est tombé d'un troisième étage, sur le bas des reins, un balle de laine du

poids de 200 livres environ. Immédiatement après le coup, il s'est trouvé assis par terre, les jambes dans une fausse position ; on l'a relevé et transporté à l'hôpital. Son jargon et le peu de développement de son intelligence m'empêchent de recueillir d'autres renseignemens précis sur les circonstances de sa chute et sa position.

Il est assez difficile de l'examiner, à cause de sa susceptibilité au moindre attouchement, et surtout d'une raideur extrême de tous ses membres.

Le malade étant couché sur le dos, le membre abdominal gauche paraît plus court de près d'un pouce; il est dans l'adduction et tourné assez fortement en dedans, le pied touche le lit par toute l'étendue de son bord interne, la jambe est légèrement fléchie sur la cuisse, et celle-ci sur le bassin.

La fesse est plus volumineuse que celle du côté sain; elle est plus arrondie et plus élevée, son pli a presque disparu. Le grand trochanter est plus en arrière qu'à l'état normal, et la tête fémorale, plus en arrière encore, peut être sentie profondément.

L'extension complète du membre ne peut être obtenue de ce malade, la flexion peut être portée plus loin; l'abduction est difficile, bornée et douloureuse. Les deux cuisses étant également fléchies à angle droit avec le corps, la gauche est plus courte d'un pouce environ; le genou du côté malade se porte contre l'autre, et tend à s'engager dessous.

M. Gerdy diagnostique une luxation sacro-sciatique. Le malade étant couché en travers sur son lit, il tente le procédé de M. Després ; mais il obtient un déplacement en bas, et l'allongement du membre ; alors, manœuvrant en sens inverse, il reproduit la première luxation.

Le malade est porté sur une table garnie d'un matelas, celle-ci est placée en travers contre un poteau, et le malade y est étendu sur le côté sain, le bassin en face du poteau.

Un drap plié en cravate, passé au-dessus du bassin perpendiculairement à l'axe du corps, le fixe au poteau; un second drap plié de la même manière, et passé sous la racine du membre luxé, va se rendre un peu obliquement au même point fixe ; tous les deux sont bien doublés de coton partout où ils sont en contact avec le corps. Un troisième drap est fortement fixé par ses deux extrémités libres, depuis le coude-pied jusqu'au-dessus du genou par des bandes, et il forme une anse au-delà de la plante du pied ; un autre drap passé dans cette anse sert à atteler six aides qui font l'extension obliquement à l'axe du corps, tandis que M. Gerdy, placé au côté externe et postérieur, agit sur l'extrémité supérieure du fémur en la poussant de derrière et un peu de bas en haut ; un aide embrassant la partie inférieure

du membre s'apprête à diriger le mouvement de rotation ; mais les muscles de ce sujet robuste se contractent violemment et la réduction n'est pas obtenue.

Deux moufles, fixés à l'anse du pied et à un second poteau, sont confiés à un aide robuste, et l'extension est recommencée, toujours obliquement à l'axe du corps ; mais les contractions sont encore plus fortes, quoique l'extension soit maintenue quelque temps. Alors on pratique une saignée. Lorsqu'une livre de sang remplit la palette, on recommence l'extension qui est maintenue ; et quand on est près d'arrêter la saignée, à 20 onces, le malade commence à suer, à pâlir ; les muscles tendus tremblent ; sur ce symptôme, M. Gerdy annonce la fin de leur résistance et la réduction de la luxation. Un instant après, en effet, la luxation se réduit subitement avec son craquement ordinaire. Le membre malade est désormais bien conformé, mais semble un peu plus long. Le malade est reporté sur son lit et maintenu dans le repos. Il a peu souffert pendant les efforts de traction ; aucun point du corps n'a été contus, et il n'y a pas eu le plus léger accident.

Nous voyons dans cette observation la tête fémorale rentrer dans sa cavité en produisant le bruit de choc caractéristique. Ordinairement, quand on se sert du moufle, ce bruit n'a pas lieu. Nous pouvons même dire que nous ne l'avons jamais entendu dans ce cas. La luxation se réduit silencieusement. Quelle en est la raison ? Faut-il la chercher dans l'ancienneté des luxations qui généralement ont été soumises à l'action des poulies, ou dans la lenteur même avec laquelle agissent les moufles ? Ne peut-il pas arriver que, lorsque la luxation date de quelque temps, il se soit fait dans l'intérieur de la cavité une exsudation qui amortit le choc ?

Nous devons noter aussi le léger allongement que l'on constata après la réduction, et que nous avons vu exister dans un cas de M. Sédillot. Ce phénomène tient manifestement à ce que le membre a été allongé par les tractions. Dans les luxations anciennes, peut-être serait-il permis d'invoquer l'exsudation dont il vient d'être parlé, et qui, rem-

plissant le fond de la cavité de réception, allongerait le membre d'autant.

CONCLUSIONS.

Nous voilà au terme de l'énumération des faits que nous voulions rapporter sur l'application des moufles. Comme le témoin devant la justice, nous avons dit la vérité, toute la vérité. Nous avons donné place à tous les cas, sans exclure les cas d'insuccès : d'abord parce que c'est une improbité scientifique que de ne montrer qu'un côté, le côté favorable des questions ; ensuite parce que (nous l'avons déjà dit) proclamer, en ne citant que les cas de réussite, l'infaillibilité d'une méthode, ce serait vouloir la ruiner dans l'opinion des hommes sérieux. Il n'y a pas de méthode qui réussisse toujours. Ce qui distingue le médecin du charlatan, c'est que l'un éprouve des insuccès, tandis que l'autre n'en éprouve jamais.

Quelle idée restera-t-il au lecteur des faits qui viennent d'être rapportés ? Il y aura vu un certain nombre de cas dans lesquels les méthodes ordinaires de réduction ayant échoué, l'application des moufles a réussi, et plusieurs autres dans lesquels les moufles eux-mêmes ont été appliqués sans résultat. Ces insuccès du moufle ne sauraient tourner contre lui, puisque, encore une fois, il n'y a pas de méthode infaillible. Ce qui est essentiel, c'est que les moufles aient réussi dans les cas où tous les autres moyens avaient échoué.

On aura vu, en outre, et ce point a une importance extrême, que, dans les cas où il y a eu insuccès, il n'y a pas eu revers, c'est-à-dire que jamais il n'y a eu d'accidens sérieux. Une seule fois, dans le premier cas de M. Nichet, un engorgement des parties molles environnant l'articulation

s'est manifesté, mais il a été promptement réprimé; et on ne peut pas dire que ce fût là un accident sérieux, quand on le compare aux accidens graves et même mortels qui ont suivi, dans des cas assez nombreux, la réduction au moyen des aides. Ainsi, les moufles réussissent mieux que les méthodes ordinaires de réduction des luxations, et quand ils échouent, il n'y a à redouter aucun accident. Certes, quand un moyen est tel qu'il place l'homme de l'art dans cette anxieuse alternative, ou de guérir le malade, ou d'aggraver son état, le chirurgien doit se consulter, et même, dans le plus grand nombre des cas, s'abstenir sans plus de réflexions. Mais il n'en saurait être de même quand le moyen à employer ne peut que guérir ou laisser les choses comme elles étaient, sans risquer de les empirer.

Arrivé à ce point de notre sujet, après l'exposé de faits nombreux qui, tous, suivis ou non de succès, sont indistinctement favorables à l'usage des moufles, nous nous demandons sur quoi est fondée la répugnance générale en France, depuis Boyer, pour ces moyens, et nous sommes étonné, nous pourrions presque dire attristé, de l'empire du préjugé, même parmi les hommes éclairés. Car voici, en deux mots, toute la question : La réduction au moyen des aides a été suivie dans un assez grand nombre de cas, au sujet desquels on lira avec intérêt un mémoire de M. Flaubert, d'accidens majeurs, parfois immédiatement mortels. Jamais l'emploi des moufles n'a produit rien de semblable. Hé bien ! on proscrit les moufles comme dangereux, et on préconise l'emploi des aides ! ! ! Nous ne parlons pas des appréciations mathématiques, qui prouvent que la méthode ordinaire exige deux ou trois fois plus de force que l'emploi des moufles.

Comment qualifiera-t-on une opinion qui n'est fondée sur

aucune preuve, attendu que les seules preuves seraient les faits, et que ces faits n'existent pas? Evidemment cette opinion sera un préjugé. La doctrine actuelle sur la réduction des luxations n'est donc qu'un préjugé. Cela nous coûte à dire : car ce n'est pas sans une véritable crainte que l'on se prononce, même au nom d'une conviction sincère et profonde, contre une opinion accréditée. Il y a de tristes exemples qui commandent, à ce sujet, une réserve extrême. Quand on voit des hommes, instruits sans doute, mais hardis jusqu'à la témérité, et confians en eux-mêmes jusqu'à la présomption, porter sur l'œuvre des siècles et sur les croyances générales une main que l'on pourrait appeler sacrilège, on s'effraie de l'idée que l'on pourrait participer à de semblables excès. Celui qui, au moment de contredire une opinion ancienne, revêtue de la sanction du temps présent, ne sent pas la gravité de son entreprise, celui-là, quels que soient son instruction, son éclat et sa verve, pèche par ce qui est le plus nécesssaire à l'esprit humain, le jugement. Il pourra remuer les idées, et, pendant quelque temps, séduire les esprits, les attirer, comme le feu d'artifice attire les regards; mais il y a à craindre qu'il ne reste de lui ce qui reste précisément du feu d'artifice.

Quant à nous, nous ne sommes pas dans le cas de celui qui viendrait violemment essayer par ses seuls efforts le renversement d'une doctrine admise de tout temps. Ce que nous avons dit, nous ne sommes pas le premier à l'avoir dit. Les moufles datent de loin, et, quand nous parlons aujourd'hui, outre la tradition, nous avons pour nous l'autorité de MM. Sédillot, Gerdy, Malgaigne, Nichet, etc.

Ce n'est pas, certes, que si une chose reconnue nous paraissait fausse, nous craindrions d'être seul à le proclamer.

On ne peut pas l'avoir compris ainsi. Ce que nous craindrions seulement, ce serait de prendre les airs de matamore érudit et de pourfendeur de doctrines.

En résumé, voici les conclusions que nous croyons pouvoir déduire de tout ce qui précède :

1° Le moufle ne constitue pas une force aveugle, puisque le dynamomètre, qui y a été adapté par M. Sédillot, indique de la manière la plus exacte possible le degré des tractions.

2° L'expérience prouve qu'une force de 150, et, au plus, de 190 k., est suffisante pour réduire une luxation.

3° La loi d'application des moufles est de s'élever lentement dans la force qu'il est nécessaire d'employer. Il faut, pour ainsi dire, relayer de dix en dix, ou de vingt en vingt kilogrammes, et tirer lentement.

4° Toute luxation qui a résisté à des tractions de 150 à 190 kilog., faites comme nous venons de le dire, doit être déclarée irréductible dans l'état actuel de la science.

5° Il y a eu des accidens graves et mortels par l'emploi des lacqs confiés à des aides ; il n'y en a jamais eu par l'emploi des moufles.

6° Par cela même qu'on peut, sans risque notable, appliquer le moufle à un membre, on pourra toujours tenter la réduction par ce moyen, quelle que soit l'ancienneté de la luxation. Ainsi se trouve résolue une des questions qui ont le plus occupé les chirurgiens, celle de savoir jusqu'à quelle époque il est possible de tenter la réduction d'une luxation.

7° Les moufles sont, en définitive, les moyens les plus réguliers, les plus efficaces et les plus doux, que le chirurgien ait à sa disposition pour réduire les luxations.

La crainte de paraître obéir à des sentimens affectueux

ne nous empêchera pas de terminer par une remarque en faveur de M. Sédillot. Il n'a pas, à coup sûr, appliqué le premier les moufles à la réduction des luxations; mais il en a régularisé l'application par l'emploi du dynamomètre; ce qui, à nos yeux, est d'une importance capitale, puisque, sans le dynamomètre, nous ne voudrions pas des moufles. Ensuite, s'il n'a pas inventé ces derniers, il les a fait revivre par sa pratique, à laquelle il a initié les chirurgiens. Or, on se demandera s'il est réellement plus difficile d'imaginer un moyen que d'en remettre en vigueur un qui avait été proscrit.

MÉMOIRE SUR LA LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ STERNALE DE LA CLAVICULE EN ARRIÈRE.

Par M. Victor Morel, interne des hôpitaux de Paris.

Parmi les auteurs qui font autorité dans la science, les uns, comme Duverney, J.-L. Petit, etc., admettent cette luxation, mais ils paraissent en avoir tracé le tableau plutôt d'imagination que d'après nature; les autres, à la tête desquels on doit citer Desault, Boyer, A. Cooper et M. le professeur Sanson se sont fondés sur les dispositions anatomiques et sur le manque d'un seul cas authentique de cette lésion sinon pour la rejeter tout-à-fait, du moins pour en établir l'extrême difficulté.

Partagés sur ce point, ils se réunissent tous pour nier le déplacement *en bas*, qui cependant s'ajoute souvent à celui que nous décrivons. Quelle leçon sort-il de là? Que, si, en présence d'un fait bien constaté, il faut être assez avare de théorie pour ne donner jamais que la bonne, il convient

à plus forte raison de se tenir sur ses gardes quand il s'agit d'une impossibilité en chirurgie. Cette disette absolue d'exemples précis de cette luxation, d'où venait-elle? Est-ce qu'elle serait jusqu'ici passée inaperçue? Et alors comment expliquer cette méprise? Par l'état de l'anatomie et de l'observation qui n'avaient pas encore atteint ce degré d'exactitude qui les distingue aujourd'hui? Je l'ai entendu dire; mais quel est le chirurgien du jour qui oserait se flatter de surpasser les Boyer, les A. Cooper et les Sanson pour la sûreté du diagnostic? D'un autre côté, n'a-t-on point quelque scrupule à penser qu'un homme de la trempe de J.-L. Petit ait ainsi légèrement admis une maladie d'une existence problématique, sans insister sur sa rareté, sans faire remarquer qu'il ne l'avait jamais rencontrée? Je laisse à d'autres le soin de résoudre la question; et je noterai seulement une chose : depuis que M. Pellieux a publié (en 1834) le premier cas authentique de cette luxation, deux ont été observés en Angleterre et trois en France; et je ne doute pas que, une fois l'attention éveillée sur ce sujet, ils ne se multiplient bientôt assez pour ne plus présenter l'intérêt de la nouveauté. Ainsi donc, rejetée jusqu'ici ou admise sans preuves, *la luxation de l'extrémité sternale de la clavicule en arrière* va définitivement prendre rang en pathologie. MM. Vidal et Sédillot lui ont déjà consacré quelques pages. Les six faits cliniques qui peuvent servir à son histoire n'ont pas tous la même valeur : deux sont tronqués et à peine suffisans, s'ils étaient seuls, pour mettre hors de doute l'existence de la maladie; celui de M. Pellieux ne laisse presque rien à désirer. Quant aux trois autres que je rapporte moi-même, il ne m'appartient pas de les juger, mais ils ont été recueillis dans deux des plus

grands hôpitaux de Paris, et constatés par les élèves commè par les maîtres. Quoique ces matériaux soient peu nombreux encore, j'ai cru utile de les rassembler, bien moins, il est vrai, dans la pensée doublement précoce d'élever un édifice durable, que de faciliter la besogne aux mains plus habiles qui s'en chargeront un jour. En attendant, après avoir exposé les faits, je risquerai néanmoins un essai sur la luxation, mais sans y attacher plus d'importance qu'il n'en mérite réellement.

OBSERVATIONS.

A. Cooper nous en a laissé une très curieuse. Si la cause du déplacement, qui n'est ni purement mécanique ni instantanée, semble la faire sortir de notre sujet, elle s'en rapproche à beaucoup d'égards, et forme comme une introduction naturelle à la luxation accidentelle proprement dite. Je la copie avec les réflexions que l'auteur a mises en tête.

Luxation de l'extrémité sternale de la clavicule en arrière. — Jamais, dit A. Cooper, je n'ai vu la luxation, en ce sens, produite par une violence extérieure ; cependant elle pourrait être déterminée par un coup porté avec beaucoup de force sur la partie antérieure de cet os. Le ligament capsulaire et le costo-claviculaire étant rompus, l'os glisserait derrière le sternum, comprimerait l'œsophage, et rendrait la déglutition difficile ; la trachée, à raison de son élasticité, pourrait éluder la pression et se réfugier dans la moitié opposée de l'ouverture supérieure du thorax.

Voici dans quelles circonstances est survenue la seule luxation en arrière dont j'aie eu connaissance. Par suite d'une déformation considérable du rachis, le scapulum avait été porté en avant, et ne laissait plus assez de place pour que la clavicule pût être contenue entre cet os et le sternum,

derrière lequel l'extrémité interne de la clavicule avait glissé peu-à-peu sous l'influence de cette pression.

Cette observation, que je vais rapporter, m'a été communiquée en partie par M. Davie, de Bungay, et en partie par M. Henchman Crawfoot. (1)

Obs. 1. Miss Loffly était atteinte d'une déformation du rachis. Par suite des progrès de cette difformité, le scapulum fut porté peu-à-peu en avant, et fit chevaucher l'extrémité interne de la clavicule derrière la partie supérieure du sternum, de manière à comprimer l'œsophage et à rendre la déglutition très difficile. La difformité et l'émaciation étaient poussées à un très haut degré, lorsque M. Davie conçut l'idée d'enlever l'extrémité interne de la clavicule, et de soustraire ainsi la malade à une mort imminente. Il fit sur l'extrémité interne de la clavicule, et parallèlement à son axe, une incision de deux à trois pouces; il divisa toutes les connexions ligamenteuses environnantes aussi loin qu'il put les atteindre, puis il réséqua l'extrémité de l'os à un pouce de sa surface articulaire, et, pour éviter toute lésion des parties voisines, il plaça une lame de cuir battu au-dessous de l'os pendant qu'il en faisait la section. Il eut recours dans cette opération à la *scie de Soultet* (appelée souvent *scie de Hey*). Quand la section de l'os fut complète, il essaya de détacher le fragment interne; mais celui-ci était encore fortement retenu par le ligament inter-claviculaire. Il fut obligé de rompre ce ligament en se servant du manche d'un scalpel, à la manière d'un levier. La plaie se cicatrisa sans accident, et la déglutition redevint facile. La malade vécut encore six ans après l'opération, et recouvra de l'embonpoint. Je n'ai pas été instruit de la cause de sa mort.

(1) Œuvres chirur. de A. Cooper, traduction française.

Obs. 2 (1). Un laboureur robuste, étant ivre, tomba d'un escalier sur l'épaule droite : plusieurs de ses camarades, croyant qu'il s'était luxé le bras, exercèrent de violentes tractions sur cette partie, dans le but de la réduire. Il pouvait se servir de son avant-bras et de la main, mais son épaule était impuissante. A son entrée à l'infirmerie, deux jours après l'accident, on crut, au premier coup-d'œil, à une fracture de la clavicule : un examen attentif fit reconnaître que l'extrémité interne de cet os était luxée ; elle était placée en arrière, immédiatement au-dessus et en contact avec le bord supérieur du sternum, se présentant sous la forme d'une tumeur mobile, sous les impulsions de l'épaule. En mettant un genou sur les épaules, et en poussant ces parties, la tumeur proéminait en avant. D'ailleurs, on pouvait suivre pas à pas la clavicule avec les doigts, depuis l'épaule jusqu'à la tumeur. La direction de cet os était changée. On remarquait distinctement une cavité creuse à l'endroit de l'articulation sterno-claviculaire ; l'épaule était plus basse que l'autre, et elle tombait en avant ; mais les fonctions de la respiration et de la déglutition n'étaient pas altérées, l'extrémité osseuse n'étant pas poussée assez en arrière pour comprimer la trachée ou l'œsophage. Le traitement a consisté à soutenir l'épaule avec l'appareil claviculaire de Desault. Il a été impossible, dit l'auteur, de maintenir très exactement les os dans leurs rapports naturels ; mais il ne dit rien de l'état du malade après le traitement.

Note du rédacteur de la Gazette.

« A la suite de ces détails, l'auteur ajoute une réflexion qui est digne d'attention. Il serait à la rigueur probable, dit-il,

(1) M. Macfarlane, *Gazette médicale*, 1837.

qu'en tombant sur l'épaule cet homme n'eût éprouvé qu'un déplacement anti-sternal de la clavicule, cet os s'étant consécutivement déplacé en haut, et logé dans la fossette sus-sternale. Cela expliquerait, d'après lui, pourquoi la trachée ni l'œsophage n'ont pas éprouvé de compression, ainsi que cela a été observé dans les faits connus de luxation rétro-sternale. Cette manière de voir de M. Macfarlane est très exacte; elle coïncide avec celle de Monteggia à cet égard; aussi devrait-on intituler cette observation plutôt *luxation antéro-supérieure* que du nom qu'elle porte. »

Ces écrivains, partis de ce faux point de vue que la dyspnée et la dysphagie sont deux symptômes nécessaires de la luxation en arrière, ont émis ici une opinion tout-à-fait sans valeur et même erronée, comme je le démontrerai plus tard. Mais bien qu'il s'agisse incontestablement d'un déplacement en arrière, l'observation manque de détails importans et il est presque impossible d'en faire usage.

Obs. 3 (1). Joseph Hawkins, âgé de 31 ans, excavator, de courte stature, a été reçu à l'hôpital Saint-George le 23 septembre 1835. Il avait l'habitude de boire trois ou quatre pots de porter par jour, et par conséquent de s'enivrer souvent. En travaillant aux fouilles de Southampton, un éboulement de terre de la hauteur de huit pieds avait lancé depuis trois heures la pointe d'une pique contre sa poitrine. A son entrée, on a constaté l'existence d'une plaie au-devant de l'extrémité sternale de la seconde côte à droite. Le tissu cellulaire sous-claviculaire, du même côté, et celui de la partie supérieure du sternum, étaient emphysémateux. L'extrémité sternale de la clavicule était luxée en arrière. Lorsque le doigt a été introduit dans la plaie, le muscle grand-pectoral a paru entièrement déchiré à son attache claviculaire; le doigt pouvait

(1) *Gazette médicale*, 1836.

passer librement en dehors jusqu'à l'apophyse coracoïde, et en dedans il suivait la clavicule jusqu'à la trachée. Cet os était appuyé sur le côté droit et antérieur de la trachée. On sentait aussi avec le doigt la partie supérieure de la face postérieure du sternum, de manière à occasioner un certain trouble dans la respiration et dans la déglutition. Le cartilage inter-articulaire était à sa place naturelle, à l'exception d'une petite portion qui avait été déchirée et entraînée par la clavicule. L'extrémité antérieure cependant de cet os ne pouvait pas être sentie très distinctement. Aucune lésion des muscles intercostaux n'a pu être découverte. L'instrument fériteur avait probablement agi d'abord en haut et en dehors, passé ensuite en dedans, déchiré l'attache du grand pectoral, luxé la clavicule, glissé vers la face postérieure du sternum, et lésé enfin la trachée, d'où l'emphysème.

Le malade se plaignait d'une douleur légère vers le milieu de la seconde pièce du sternum, où, d'ailleurs, aucune fracture n'a été constatée. Il respirait facilement en apparence; néanmoins il accusait une légère dyspnée accompagnée d'un certain besoin de tousser, et une sensation de pression vers la trachée. Ces derniers symptômes augmentaient lorsqu'on élevait le menton ou qu'on fléchissait la tête en arrière.

On a pratiqué aisément la réduction en tirant les épaules en arrière à l'aide de lacqs qu'on a passés à une traverse dorsale. Le coude a été porté en avant et lié à la poitrine. Le malade a été couché dans un des lits destinés aux hydropiques, avec les épaules élevées.

Le soir, la difficulté de respirer est moindre; le malade, cependant, se plaint de douleurs thoraciques, surtout pendant l'inspiration. L'emphysème est stationnaire.

Les jours suivans, les symptômes thoraciques ont présenté

différentes variations. Les remèdes antiphlogistiques et les évacuans, surtout des voies digestives, ont été employés avec persévérance et avantage. L'os est resté bien réduit, et la plaie a pris une bonne marche. Le cinquième jour on renouvelle l'appareil; les bandes ont excorié l'avant-bras, le reste est allé de mieux en mieux. Le 15 octobre, le malade a quitté l'hôpital parfaitement guéri.

Observation encore incomplète, qui ne saurait servir qu'à une chose, à établir, aussi clairement, mais pas mieux, que par l'autopsie, l'existence de la luxation en arrière par cause directe.

Obs. 4 (1).—Un homme, âgé de 42 ans, fut renversé par son cheval qui venait de s'abattre, et sous lequel il se trouva pris de telle manière que ses deux épaules furent portées en avant. Voici quels étaient les symptômes que présenta la luxation de la clavicule gauche : l'extrémité sternale de l'os était repoussée en arrière et abaissée; une dépression manifeste existait au niveau de l'articulation sterno-claviculaire; on avait beaucoup de peine, même en pressant assez fortement, à reconnaître l'extrémité interne de la clavicule dans cette dépression; la clavicule présentait une obliquité opposée à celle qui lui est naturelle. La tête et le cou n'offraient aucune inclinaison sensible. Dans l'immobilité et dans l'absence de toute pression, aucune douleur ne se faisait sentir, tandis que la plus légère pression sur la moitié latérale gauche du cou en déterminait une extrêmement vive. Cette même pression était tout-à-fait insupportable à l'endroit de la dépression sterno-claviculaire, tandis qu'au-dessous elle ne causait aucune douleur. Les mouvemens de rotation de la tête, soit à gauche, soit à droite, ne s'opéraient qu'avec gêne et avec un peu de douleur; le malade les évitait, et ne les exé-

(1) M. Pellieux, *Revue médicale*, 1834.

cutait qu'avec lenteur et en tournant un peu le tronc, ce qui lui donnait l'aspect particulier de raideur qu'on remarque toutes les fois que les mouvemens du cou sont douloureux. Les mouvemens du bras gauche étaient faciles ; la main s'élevait jusqu'au niveau de la tête, mais le malade n'exécutait ce mouvement qu'avec précaution ; si, au contraire, ce mouvement était exécuté avec précipitation, s'il était poussé un peu trop loin, et s'il avait pour objet de fournir un point d'appui, une vive douleur se faisait sentir dans toute la partie latérale gauche du cou, et principalement dans le lieu du déplacement. Le malade ne pouvait quitter la position horizontale sans le secours d'un aide ; ses essais pour s'asseoir sur son lit étaient brusquement interrompus par la douleur vive qu'ils lui faisaient éprouver ; il ne pouvait se mettre sur son séant qu'en saisissant les mains d'une personne placée au pied de son lit. Lorsqu'il remuait, il croyait quelquefois entendre un bruit sourd comme celui qui aurait résulté du frottement de deux surfaces osseuses. La déglutition était peu difficile et déterminait une légère douleur qui se propageait jusqu'à l'oreille.

Au moment de la réduction, un coussin ayant été placé sous l'aisselle, lorsqu'on poussa le coude en dedans et en avant pour attirer la clavicule en dehors, le malade éprouva une douleur vive au côté gauche de la poitrine : cette douleur tenait à une fracture de la partie moyenne de la sixième côte.

D'une main portée sous l'aisselle du malade, tirant aussi fortement qu'il me fut possible la partie supérieure du bras en dehors, et de l'autre poussant vigoureusement le coude en dedans, je fis faire à l'humérus un mouvement de bascule en vertu duquel l'épaule entraîna la clavicule en dehors. J'avais soin en même temps d'abaisser fortement l'épaule, espérant

dégager plus aisément l'extrémité sternale de la clavicule en faisant agir cet os à la manière d'un levier du premier genre qui aurait eu son point d'appui sur la première côte : ces tentatives n'amenèrent qu'une réduction incomplète. Je fis alors placer, entre le tronc et le haut du bras du côté malade, le milieu d'un lacq dont les extrémités furent dirigées en dehors, l'une en avant, l'autre derrière le bras, et confiées à un aide chargé de tirer le haut du membre, et par conséquent l'épaule en dehors et un peu en arrière. Le milieu d'un autre lacq fut placé en dehors du coude, et les extrémités en furent ramenées devant et derrière la poitrine, et remises entre les mains d'un autre aide chargé d'empêcher le coude d'obéir à l'action du premier lacq, partie de la contre-extension à laquelle concourait un troisième aide, en soutenant le haut du corps pour éviter qu'il ne fût entraîné du côté malade. Ainsi exécutées, l'extension et la contre-extension remplirent parfaitement leur objet, et la clavicule recouvra sa place assez exactement pour que son articulation sternale reprît presque totalement l'aspect qui lui est propre. Je plaçai entre le bras et le tronc un coussin cylindrique aux deux extrémités duquel étaient cousus deux rubans de fil destinés à être liés sur l'épaule opposée ; placé tout-à-fait dans l'aisselle, il ne descendait pas assez pour appuyer sur la côte fracturée. La fronde de cuir, conseillée par Boyer pour les luxations de l'extrémité scapulaire de la clavicule, fut appliquée à plein sur le coude, et les chefs en furent dirigés vers l'épaule opposée. Des boucles fixées aux chefs qui devaient se diriger devant la poitrine sans s'étendre au-delà du milieu de sa hauteur, servirent à arrêter les chefs qui passaient derrière le dos, ce qui devait permettre de serrer, lâcher ou resserrer le bandage sans changer en rien la position du membre. Le tout fut entouré d'une ceinture faite avec une serviette pliée en

long qui tenait le coude fortement rapproché du tronc, et était soutenu avec un scapulaire : enfin la main et l'avant-bras furent soutenus par une écharpe.

La clavicule parut se reporter un peu en arrière dès que les aides eurent cessé d'agir; cependant la conformation de la région qu'elle occupe se rapprochait beaucoup plus de l'état naturel. Six mois après l'accident il restait à peine quelques faibles traces de la luxation; cependant, en regardant et en touchant attentivement la région de la clavicule, on reconnaissait aisément que l'os faisait un peu moins de saillie. La clavicule luxée offrait une courbure moins prononcée, l'extrémité interne de l'os n'ayant pas repris totalement sa place accoutumée : un vide, à la vérité très peu apparent, senti à la partie antérieure de l'articulation, et une légère saillie au-dessus, indiquaient que l'extrémité interne de la clavicule, après avoir quitté l'endroit où elle avait été poussée dans la luxation, était restée un peu en arrière et s'était portée un peu en haut. Une pression un peu forte y causait une sensation désagréable qu'elle ne provoquait pas de l'autre côté. Les fonctions du bras étaient parfaitement libres, mais une légère douleur se faisait ressentir au côté correspondant du cou quand le malade, dans la position horizontale, soulevait la tête.

Toujours dominé par l'idée de la dyspnée, M. Pellieux se rend compte de l'absence de ce symptôme chez son malade par l'intégrité de la portion externe du sterno-mastoïdien, qui aurait empêché la clavicule de se porter jusqu'à la trachée, tandis que les accidens graves de compression signalés par J.-L. Petit s'expliqueraient par la rupture de ce faisceau. La distinction paraît un peu se confirmer par l'expérience clinique; mais, à mon avis, l'interprétation qu'on en donne ici est également contredite par l'anatomie et par les faits.

— Par l'anatomie, car dans cette luxation l'abaissement de la clavicule est si peu de chose que l'effet sur le cleïdo-mastoïdien en est plus que compensé par le dejettement en arrière, qui rapproche ses deux attaches, en diminuant son obliquité. Et d'ailleurs, s'il éprouvait une traction, la tête, s'inclinant de ce côté, obéirait toujours assez pour prévenir je ne dis pas une rupture, mais seulement une tension douloureuse. — Par les faits, la raideur du faisceau externe du sterno-mastoïdien n'a jamais été notée, et quand on l'a examiné, on l'a toujours trouvé d'une souplesse remarquable. Enfin, la seule fois que la respiration ait été sérieusement compromise, la portion claviculaire du muscle, molle et contractile, n'offrait aucune trace de déchirure. — Si l'on voulait absolument expliquer ici l'inconstance de la dyspnée, ne vaudrait-il pas mieux dire que tantôt la cause luxante, continuant d'agir, après la rupture complète des ligamens pousse la clavicule vers les organes profonds du cou, et que tantôt, au contraire, elle s'épuise sans pouvoir produire ce désordre? ou bien sur deux déplacemens à-peu-près d'égale étendue, dans l'un la trachée éludera la compression en fuyant, et dans l'autre elle sera surprise et aplatie par la tête de l'os; ou bien encore peut-être, ce sera le nerf récurrent qui aura à souffrir, etc.

Obs. 5 (1). — Lemoine, âgé de 17 ans, compositeur d'imprimerie, rue Mazarine, 42, est surpris dans une rue étroite par une voiture qui arrive rapidement sur lui; n'ayant pas le temps de fuir, il se colle contre la maison de gauche, et pendant qu'il s'efface en portant instinctivement les bras en avant pour protéger la poitrine, la voiture passe, le serre contre le mur en lui poussant violemment l'épaule droite en avant et

(1) Recueillie par moi à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Velpeau, salle Sainte-Vierge, n° 38, 21 janvier 1839.

en dedans. A l'instant, douleur extrême au bas du col, et violent accès de suffocation qui dure plus d'un quart d'heure.

Cette dyspnée, qui perdit promptement son degré inquiétant d'intensité, alla en diminuant graduellement jusqu'au quatrième jour, où elle disparut tout-à-fait, après une saignée.

Le septième, les mouvemens du bras droit, qui s'étaient trouvés altérés, ne se rétablissant pas, le malade vint à l'hôpital.

Le huitième, Lemoine s'étant mis sur son séant dans la position qui lui est la plus commode, voici ce qui fut constaté : pas de gêne dans les fonctions du col ; ni gonflement des veines, ni dyspnée, ni dysphagie ; pas d'inclinaison de la tête ; peut-être y a-t-il un peu de lenteur dans ses mouvemens. Les deux épaules sont à la même hauteur, mais la droite est visiblement plus rapprochée de la ligne médiane ; la fossette sternale correspondante est vide et douloureuse à la pression du doigt, et l'extrémité claviculaire, qui forme à l'état normal un relief dans ce point, est passée à la face postérieure du sternum, et enfonce derrière cet os la moitié de sa tête dont l'autre moitié proémine au-dessus de la fourchette, à 6 lignes en dedans de la cavité qu'elle a quittée. Elle s'y présente avec les caractères d'une petite tumeur solide, arrondie, indolente, sans changement de couleur à la peau et inséparablement liée à la clavicule, qu'elle termine évidemment. Elle est d'ailleurs très apparente à l'œil, ainsi que la déviation en dedans du faisceau externe du sterno-mastoïdien. — De tous les mouvemens qu'on peut imprimer à l'épaule, trois seulement modifient d'une manière sensible les rapports de la tumeur. Rien ne peut la pousser davantage en arrière, à cause de la douleur et de la dyspnée qui se manifestent. Mais 1° si l'on porte le moignon de l'épaule *en arrière* elle se prononce davantage *en avant;* 2° par *l'abaisse-*

ment du scapulum, elle *s'élève* et *se dégage* complètement de derrière le sternum; 3° en tirant le bras en *haut*, en *arrière* et en *dehors*, la réduction s'opère. Le plus petit effort suffit à cet effet; mais dès qu'il a cessé, le déplacement se reproduit.

Les mouvemens du bras en avant et en arrière sont assez libres ; la main se porte spontanément à la tête avec une douleur légère à l'articulation luxée, si le coude est en même temps dirigé en arrière; vive, s'il est dirigé en avant.

Bandage de Desault, qui, devenu promptement inutile en se relâchant, est remplacé par celui de M. Velpeau. Il maintient parfaitement la réduction; mais, dès le troisième jour de son application, une variole se déclare et on est obligé de défaire le bandage, et le malade passe en médecine avec sa luxation, datant de dix-sept jours, sans moyen de contension, et à-peu-près dans le même état qu'à son entrée. Malheureusement je l'ai perdu de vue depuis lors et n'ai pu le retrouver.

Les remarques qui ressortent de cette observation étant évidentes ou rentrant dans celles qu'on lira plus loin, j'en fais grâce au lecteur.

Obs. 6 (1). Etienne Careron, — 39 ans, — maçon, né à Saint-Dizier (Creuse), demeurant rue des Sept-Voies, n° 8. C'est un homme maigre, d'une petite taille, et d'un bon sens qui se fait remarquer dans la précision de ses réponses. Il calait la roue d'une lourde voiture qu'on faisait reculer en agissant alternativement d'un côté et de l'autre; il était à gauche, et venait de placer la cale, quand, au moment où il se redresse, le cheval continuant son effort et défléchissant ses membres pour le produire, lui amène violemment le limon sur la partie postérieure externe de l'épaule gauche, en même temps que le côté droit du corps est appliqué sur le poteau d'une

(1) Recueillie par moi à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Velpeau, salle Ste-Vierge, n° 1. — 1er septembre 1839.

barrière. Emportée dans son impulsion, la voiture l'accroche au menton par un des tasseaux, le soulève, et allait l'écraser, si un mouvement du cheval dans une direction opposée ne l'eût promptement dégagé. Qu'éprouva-t-il pendant l'accomplissement de l'accident? une sensation de déchirure à la base du cou? de l'étouffement, etc.? Ce qu'il éprouva ? la crainte de la mort, répond-il avec une simplicité naïve : il eut immédiatement après une perte complète de connaissance. Revenu à lui au bout de cinq minutes, il commença à éprouver une douleur extrêmement vive au niveau de la fourchette sternale gauche, avec impuissance du bras, et rien de plus.

Le lendemain 2, le malade, assis dans son lit, tient le bras gauche contre le tronc, l'avant-bras demi fléchi au-devant de la poitrine et soutenu par la main droite; c'est également l'attitude qu'il donne à son membre quand il est couché. Les fonctions du cou, mouvement, respiration, déglutition, circulation, tout est normal, et la tête n'est inclinée d'aucun côté; mais abaissement léger de l'épaule, dont le rapprochement de la ligne médiane frappe au premier coup-d'œil; tumeur grosse comme une moitié de noix au-dessus et un peu en avant de la fourchette sternale, et contiguë à l'extrémité interne de la clavicule droite,—tumeur arrondie, d'une dureté osseuse et qui se meut avec la clavicule gauche, à laquelle elle tient évidemment par continuité. Au niveau de la fossette sternale, dépression sensible à la vue, indiquant le vide de cette cavité, que le doigt reconnaît d'ailleurs parfaitement. Le muscle sterno-mastoïdien, que la maigreur du sujet permet de suivre de l'œil, à l'état de repos, mais surtout quand il se contracte, a son chef interne réfléchi au-devant de la tumeur; l'externe, dévié en dedans, se dessinant moins à l'extérieur qu'à l'état normal, tend à se perdre dans le contour du col, tandis qu'à droite le faisceau ana-

logue s'en détache très nettement. Bien que les mouvemens utiles du membre soient abolis, la main se porte spontanément à la tête sans trop de douleur, et en même temps la tumeur se prononce davantage en avant et à droite.

Si l'on porte l'épaule :

1° *Directement en dedans*, l'extrémité luxée chemine presque sans faire relief, au-dessus de la fourchette sternale, derrière la portion interne du sterno-mastoïdien, dont elle entraîne le faisceau externe, et s'avance jusqu'à l'autre clavicule, qu'elle va croiser de plusieurs millimètres en haut et en avant, et cela sans douleur et sous l'action d'une très petite force, d'une pression de moins de 10 kilogrammes sur l'épaule.

2° *Obliquement en dedans et en arrière*, l'extrémité claviculaire descend, en formant une tumeur de tout son volume, au-devant du sternum jusqu'à l'autre clavicule qu'elle croise, et toujours derrière la portion interne du sterno-mastoïdien, qui n'est pas tendue à la manière d'une corde, mais qui s'enroule sur l'os qui la déprime, comme une anse souple et obéissante. Dans ce trajet, cette tumeur mobile soulevant la peau rappelle la bulle d'air poussée dans un intestin vide et qui va le développant. Une fois dans cette position, il est impossible de la porter en arrière, arrêtée qu'elle est par la résistance inflexible du sternum.

3° *En avant directement ou obliquement en avant, en dedans et en haut*, elle (toujours la tumeur formée par l'extrémité luxée) se déplace peu, à cause de la douleur et de la dyspnée qui bornent ce mouvement ; — une pression directe ne saurait non plus la refouler davantage en arrière et en bas.

4° *Obliquement en dehors, en arrière et en haut*, réduction facile à l'aide de la plus faible traction, mais reproduction plus facile encore.

On amène le coude en avant et en haut sur le milieu de la poitrine, l'avant-bras fléchi et la main appliquée sur l'épaule saine, position qui, remplissant les conditions de la réduction, l'opère et la maintient. On la rend permanente avec le bandage dextriné.

Au bout de cinquante jours on enlève le bandage, et on trouve l'extrémité interne de l'os gonflée, un peu portée en dedans et en haut, mais liée au sternum avec la plus grande solidité. Si les mouvemens du membre n'avaient pas recouvré toute leur liberté, cela tenait à une raideur qu'avait contractée l'articulation de l'épaule, comme cela arrive pour le genou dans une fracture parfaitement consolidée de la cuisse, etc.

En résumé : Luxation de l'extrémité interne de la clavicule ; — mais l'espèce ? La position presque indifférente que prenait l'extrémité déplacée rend la réponse assez embarrassante.

Plusieurs chirurgiens examinèrent ce cas avec M. Velpeau ; et si les élémens de diagnostic furent les mêmes pour tous, ils furent différemment interprétés. Comme, dans l'attitude que préférait le malade, la tumeur située au-dessus de la fourchette sternale se prononçait un peu en avant, et descendait, par un mouvement de l'épaule ou par pression directe, avec la plus grande facilité sur la face antérieure du sternum, tandis que dans aucune circonstance elle ne s'engageait derrière cet os, on pourrait incliner pour une luxation en avant. Frappé de l'étendue énorme du déplacement en dedans, qui allait jusqu'au chevauchement de la clavicule luxée sur celle du côté opposé, M. Velpeau se demanda si l'on ne devait point regarder ce fait comme une luxation en dedans ; et il faut avouer que, pour peu qu'on se sentît de goût pour les découvertes pathologiques, la tentation serait grande. Mais le professeur, se fondant sur la syncope qui suivit

l'accident, sur la douleur qui se faisait sentir derrière le sternum, et principalement sur la direction bien déterminée de la cause qui avait fortement poussé l'épaule dans une triple obliquité en avant, en dedans et en haut, adopta l'idée d'une luxation *en arrière*. Je n'ai pas besoin de dire que je suis complètement de son avis.

Obs. 7 (1). Un voiturier de la rue Mouffetard, n°282, Anesime Lamotte, âgé de 28 ans, court et trapu, faisait ferrer son cheval, tenait lui-même le pied droit de derrière au maréchal, qui en paraît le sabot. Tout-à-coup l'animal, pour dégager son membre, se prend à l'allonger et à le retirer alternativement avec force; Anesime résiste et veut le maîtriser, mais il est bientôt terrassé! Dans quelle attitude est-il tombé? a-t-il été foulé aux pieds? est-ce au moment de ses efforts ou après sa chute qu'il a ressenti une douleur vive sur le côté droit du col en avant? Il ne le saurait dire. Toujours est-il que cette souffrance, qui s'est accompagnée d'une gêne marquée de la la respiration, a été si énervante que tout son corps s'est couvert d'une sueur froide, et que pendant plus de dix minutes la perte de connaissance a été imminente. A l'instant même il a bu un verre d'eau fraîche avec facilité, et porté la main à sa tête.

Le lendemain de l'accident le malade se tient assis, la tête légèrement inclinée à droite, mais sans raideur ni gêne dans ses mouvemens, les épaules à la même hauteur, les bras pendans et les avant-bras demi fléchis au devant de la poitrine, libres tous deux et sans soutien. Ce qui frappe d'abord, c'est l'effacement des creux sus et sous-claviculaires du côté droit, plus que comblés par une tuméfaction mal circonscrite,

(1) Recueillie par moi à l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Sanson, salle St-Gabriel, 25. — 17 mai 1841.

sans changement de couleur à la peau, presque indolente donnant, au toucher, la sensation d'une infiltration de sang, et dans laquelle le relief de la clavicule a complètement disparu, excepté dans l'étendue d'un pouce en dehors. Celle du côté opposé est apparente dans toute sa longueur. Deux choses très saillantes encore, ce sont le rapprochement de l'épaule de la ligne médiane (dix lignes) et le déjettement en arrière de la clavicule qu'on ne peut suivre que jusqu'au faisceau externe du sterno-mastoïdien, déjettement tellement considérable qu'on dirait qu'elle traverse le col par le milieu. Voici d'où naît l'illusion qui exagère ainsi le déplacement réel : c'est que la clavicule se dérobe au toucher distinct au moment où la fin de sa courbure externe la porte en arrière. Son extrémité humérale est proéminente et forme sous les tégumens une petite tumeur arrondie très visible, tandis que celle du côté opposé se perd dans le contour de l'épaule, et qu'on est obligé de la chercher du doigt, qui la trouve aussi bien moins élevée au-dessus de l'acromion. Cette déformation est si apparente que c'est la seule qui ait attiré l'attention du malade. Par opposition, l'extrémité interne a disparu en s'enfonçant derrière le sternum où il est impossible de la sentir. Aucune dépression n'indique le vide de la fossette articulaire; on ne s'en aperçoit qu'à l'absence du relief ou plutôt de la résistance osseuse qu'on y trouve naturellement. A l'état de repos, pas de déformation sensible au col, sans doute parce que l'embonpoint empêche alors les sterno-mastoïdiens de se dessiner à l'extérieur; car dès qu'ils se contractent et se prononcent, l'on voit évidemment que, de ce côté, le chef externe de ce muscle est dévié en dedans et en arrière. Gonflement léger de la jugulaire externe; douleur peu no-

table, et plutôt vers le milieu de la clavicule qu'à son extrémité sternale, bien qu'aucune trace de fourmillement, d'engourdissement, etc., ne trahisse la compression du plexus brachial. — Quant aux mouvemens, ceux de la main et de l'avant-bras sont presque intacts ; ceux du bras ont perdu leur efficacité, il est vrai, mais ils sont tous conservés, et s'exécutent avec une certaine aisance, excepté celui qui porte à-la-fois le coude en avant, en dedans et en haut. Il s'accompagne de quelque douleur derrière la fourchette. Par exemple, si en mettant la main à la tête, le coude se dirige en avant, douleur; quand c'est en arrière, pas de douleur. — Toute ma force, en tirant l'épaule en arrière et en dehors ne peut modifier en rien la position de la clavicule.

Ce jour même, tentative inutile de réduction essayée en faisant exercer par deux aides des tractions sur le bras, horizontalement, en arrière et en dehors. — Diète, — bain, — 2 larges saignées, l'une le matin, l'autre le soir.

Le 3, M. Lenoir, qui est chargé de la clinique pendant la cruelle maladie de notre excellent maître, procède à la réduction, en présence de MM. Denonvilliers, Giraldès, Malgaigne et Vidal, dont je cite les noms pour donner plus d'autorité au fait que je rapporte. — Le malade, assis sur une chaise basse, 1° on lui assujettit le tronc avec une alèze en cravate, dont le plein pose sous l'aisselle du côté droit, et dont les chefs, embrassant la poitrine, vont se fixer aux barreaux d'une grille ; 2° un aide vigoureux s'empare du poignet, et le retient en bas en avant et à gauche (contre-extension) ; 3° une autre alèze en cravate entoure comme dans une anse la partie supérieure du bras, et est confiée à deux aides chargés de tirer, en dehors et en arrière, à-peu-près horizontalement ; enfin, M. Lenoir, un genou appuyé

entre les épaules du malade, attire d'une main la droite en arrière et de l'autre suit la clavicule (extension).

Au premier effort, qui fut assez énergique, réduction; mais à peine est-il cessé, que le déplacement se reproduit avec un frottement rude qui se transmet le long de l'alèze jusqu'aux mains des aides. — Nouvelle tentative, nouvelle réduction. Revenue à sa place, la clavicule se distingue encore si mal à cause de la tuméfaction que je doute un instant que la réduction soit parfaite, comme l'annonce M. Lenoir : mais l'extrémité acromiale de l'os me sert de boussole; la saillie est réduite en même temps, et la mensuration donne un égal écartement pour les deux épaules, etc. — On les maintient en les embrassant dans les anneaux d'un 8 fait avec un alèze en cravate, et dont les croisés s'opèrent sur un coussin de crin placé au milieu du dos. Un bandage de corps fixe le coude sur le côté de la poitrine et complète l'appareil.

On n'a été obligé de le resserrer qu'une seule fois, et il a si bien atteint son but, qu'on a pu l'enlever dès le douzième jour de son application, et le remplacer par une écharpe. La réduction est si exacte, que la clavicule est plus saillante en avant que celle du côté opposé, ce qui tient au gonflement de sa partie interne. Les creux sus et sous-claviculaires ont reparu avec la liberté de tous les mouvemens du bras. On recommande de ne pas les exécuter sans précaution. Le quatorzième jour, le malade sort de l'hôpital. — Le dix-huitième il vient à la consultation qu'il continuera de suivre pendant un certain temps; — les mouvemens qui ont presque recouvré leur force et leur étendue naturelles se font sans douleur, et sans que l'extrémité de l'os, encore un peu tuméfiée, manifeste la moindre tendance à retourner en arrière.

Quel a été le mécanisme de la luxation? Le malade était tombé sur le dos et l'épaule n'ayant pas porté dans la chute, ce n'est pas ainsi qu'a pu s'effectuer le déplacement. Serait-ce par une pression directe que le pied du cheval aurait exercée sur l'extrémité interne de la clavicule après la chute? Mais ni la peau, ni les vêtemens n'offraient en ce point de trace de violence extérieure, aucune empreinte, aucune salissure. Qu'on se rappelle maintenant l'attitude de l'aide du maréchal-ferrant, pour tenir le pied droit de derrière: courbé sur lui-même, un peu incliné à droite, l'avant-bras droit passé en dedans du canon qui repose sur sa cuisse, de ses deux mains, il embrasse et fixe le sabot. Que l'animal vienne à étendre son membre avec vigueur, si l'homme résiste, qu'arrivera-t-il? Pour donner à ses pieds un point d'appui solide, et pouvoir mieux se détendre dans la direction de la force à vaincre, il se renverse avec effort, tandis que ses mains, qui n'ont pas lâché prise, sont brusquement tirées en avant, et entraînent les épaules dans le même sens. Il se peut même qu'une impulsion en haut s'ajoute à la première, si, comme dans ce cas, le cheval est de grande taille, l'aide petit est renversé au moment de la secousse. N'est-il pas très probable que c'est dans ce mouvement de l'épaule que l'extrémité interne de la clavicule, poussée en dedans, en arrière et en bas, a passé derrière le sternum, se luxant ainsi de la manière la plus indirecte possible?

Parmi les circonstances intéressantes, je veux dire instructives de cette observation, on peut citer le mécanisme du déplacement, la douleur extrême et la menace de syncope qui l'ont immédiatement suivi, l'effacement complet des creux sus et sous-claviculaires, le rapprochement de l'épaule de la ligne médiane, l'état anormal des deux extrémités de

la clavicule, dont l'externe forme sous la peau un relief exagéré et très apparent, et dont l'interne se cache derrière le sternum, sans aucune tendance à se porter en haut. Notons enfin, la simplicité et l'efficacité du bandage contentif qui, favorisé par la docilité du sujet, et peut-être aussi par celle de la clavicule à rester à sa place, a amené une guérison si parfaite, que, dans peu de temps, on pourra défier de deviner de quel côté était la luxation.

ESSAI SUR LA LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ STERNALE DE LA CLAVICULE EN ARRIÈRE.

En abordant un essai sur l'histoire de cette luxation, il ne serait pas hors de propos de jeter un coup-d'œil sur la nomenclature des déplacemens de l'extrémité interne de la clavicule; mais comme les observations me semblent assez parlantes pour ne pas présenter d'équivoque, et que d'ailleurs je reviendrai peut-être sur ce sujet avec plus de faits et plus de temps, j'entre immédiatement en matière.

Causes. Sans parler du premier cas que sa chronicité nous force d'oublier en ce moment, tous les autres ont porté sur des hommes; apparemment par cette raison que la femme est habituellement moins exposée aux accidens traumatiques graves, et qui exigent l'action d'une violence extérieure puissante. Les enfans et les vieillards qui, sous ce rapport, se rapprochent de la femme, en ont aussi été exempts jusqu'à ce jour, puisqu'elle ne s'est encore rencontrée que de dix-sept à quarante-deux ans, ce qui ne veut pas dire que le hasard, cet irréconciliable ennemi de la statistique, ne soit ici pour rien. Tout individu, en effet, quels que soient son âge, son sexe ou sa profession, peut accidentellement se trouver pris entre un mur et une voiture, ou sous un cheval qui s'abat, recevoir un

choc violent sur la poitrine, etc.; mais il n'en est pas moins vrai que cela devra arriver moins souvent à un enfant et à une lingère qu'au mineur ou au voiturier.

Quant à la cause efficiente elle-même, on voit qu'elle agit de deux manières : 1° le plus souvent *indirectement*, en poussant avec une grande force les épaules en avant, comme dans les circonstances qui viennent d'être signalées, ou bien, et ce mécanisme me paraît très remarquable, lorsque le bras est brusquement tiré en avant par des secousses vigoureuses, tandis que le tronc est retenu en arrière. A cette impulsion de l'épaule, souvent, sinon toujours, il s'en ajoute une en dedans et quelquefois une en haut. Quand le fait ne ressortirait pas des commémoratifs, le déplacement en dedans et en bas le dirait assez; 2° exceptionnellement, c'est une pression violente qui agit *directement* d'avant en arrière sur l'extrémité sternale de la clavicule. Ici Boyer s'était doublement trompé en avançant que si la luxation était possible, ce serait de cette manière, et encore avec complication de fracture comminutive.

Symptômes. Au moment de l'accident, *douleur extrême* à la base du cou, avec *syncope* ou *menace de syncope*. Ces deux symptômes, que je n'ai pas vus manquer, eussent été sans valeur dans un cas (n° 2) à cause de la complication, et dans un autre (n° 3) l'ivresse du sujet n'eût permis que difficilement de les observer; ils n'ont pas été notés par M. Pellieux. La *gêne de la respiration* ne s'est présentée que trois fois; à peine marquée dans les deux cas où la fixité de la clavicule dans son abaissement derrière le sternum l'aurait fait prévoir extrême, elle est allée jusqu'à la suffocation chez Lemoine, bien qu'à son entrée l'extrémité luxée fût très mobile, et autant au-dessus qu'en arrière de la fourchette. Pri-

mitivement poussée dans la profondeur du cou, d'autant plus loin que ses ligamens sont plus complètement rompus, s'est-elle, par la même raison, promptement dégagée sous l'influence des mouvemens de l'épaule et de la contraction du cléido-mastoïdien? La *circulation* et la *déglutition* n'ont souffert qu'une fois, et encore d'une manière insignifiante, et pas sur le même individu. De toutes celles que nous venons de passer en revue, ces deux altérations fonctionnelles sont les seules qui aient eu quelque durée.

L'*attitude* est à-peu-près la même que dans les fractures du même os; la tête droite, ou à peine inclinée du côté malade, avec un peu de gêne et de lenteur dans les mouvemens du cou; le bras est pendant, l'avant-bras demi fléchi sur la poitrine, et soutenu le plus souvent par la main du côté opposé. Les *mouvemens* des doigts, des poignets et du coude, ainsi que la pronation et la supination conservent toute leur liberté; mais comme ils ne sauraient s'exercer avec quelque énergie sans retentir douloureusement à l'extrémité luxée, ils ont perdu leur efficacité; ceux du bras, quoique lents, affaiblis et bornés, ne sont pas encore sans une certaine aisance; la main se porte spontanément à la tête, sans douleur, si le coude se dirige en même temps en arrière, avec douleur, s'il se dirige en avant. Cette différence, très saillante chez Anésime, a été notée deux fois; et si on ne l'a pas trouvée toujours, c'est peut-être parce qu'on ne l'a pas cherchée; elle s'explique si bien, qu'elle semble presque nécessaire. Le *niveau de l'épaule* peut être conservé, abaissé directement, ou abaissé en avant. Il est physiquement impossible qu'il ne soit réellement élevé dans la luxation en bas et en arrière; mais dans le cas que j'ai observé, je n'ai su à quoi m'en tenir à l'endroit de cette élévation, et malgré une

bonne envie de la constater, elle m'aurait plutôt paru nulle. Ces modifications dans la position de l'épaule sont si difficiles à apprécier, qu'elles sont presque insignifiantes. Il y en a une qui est importante, parce qu'elle est plus sensible, et qu'elle peut même se mesurer ; je l'ai toujours trouvée et elle est peut-être constante : c'est *le rapprochement de l'épaule de la ligne médiane;* il varie depuis 7 ou 8 lignes jusqu'au chevauchement de la clavicule luxée sur celle du côté opposé.

Arrivé maintenant aux déformations essentielles, caractéristiques de la luxation en arrière, il faut évidemment la décrire à part, suivant qu'elle est compliquée, 1° d'un déplacement *en bas ;* 2° d'un déplacement *en haut.*

1er *cas*. Cette partie du tableau doit véritablement se calquer sur la dernière observation qui est de beaucoup la plus détaillée, et dont celle de M. Pellieux, d'ailleurs très bien faite, ne semble guère différer que par ce qui lui manque, par quelques omissions.

Déviation de la clavicule, en arrière et en bas, et comme conséquence, relief exagéré de son extrémité scapulaire au-dessus de l'acromion et disparition de celui qu'elle présente normalement à son articulation interne, ou au moins de la résistance osseuse qui annonçait sa présence dans ce point. De plus, si le sujet est maigre et s'il n'y a pas de gonflement on sentira au doigt, et peut-être à l'œil, l'extrémité interne de la clavicule enfoncée derrière le sternum, et en suivra la continuité avec le corps de l'os. Une dépression plus ou moins douloureuse au toucher indique à l'extérieur le vide de la fossette sternale, et le faisceau externe du sterno-mastoïdien, même à l'état de repos, se détourne visiblement en arrière et en dedans. Y a-t-il, au contraire, de la tuméfaction ou de l'embonpoint ? ni l'extrémité claviculaire interne, ni la

cavité qu'elle a quittée ne pourront se distinguer, même à une forte pression, et la déviation du faisceau externe du sterno-mastoïdien ne sera sensible à la vue que pendant la contraction du muscle.

L'épaule immobile n'obéit bien à aucune impulsion; mais si toute la force de deux hommes la tire en arrière et en dehors, les parties reprennent leurs rapports naturels, la luxation se réduit; et à l'instant où cesse l'effort d'extension, un bruit de frottement et la réapparition de la difformité annoncent la reproduction du déplacement.

2[e] *cas*. Tel est le signalement de la luxation en *arrière et en bas — persistante*, qui est demeurée la même pendant toute sa durée; mais dans la moitié des cas elle s'est promptement transformée en une luxation consécutive en *arrière et en haut*, et alors ce sont de tout autres caractères et qui se dessinent d'une manière beaucoup plus saillante. Au lieu de la *fixité*, c'est la *mobilité* qui se remarque ici: la clavicule fait relief dans toute sa longueur et son extrémité interne, plus ou moins portée en dedans et en haut, forme au-dessus du sternum une petite tumeur dure, arrondie, qui répond à chaque déplacement oblique de l'épaule par un déplacement en sens inverse, et se rapproche ou s'éloigne avec elle du côté opposé du corps; tumeur qui, quelquefois, peut descendre au-devant du sternum en refoulant le faisceau interne du sterno-mastoïdien, ou s'avancer en dedans jusqu'à l'autre clavicule, qui se réduit aisément et se reproduit de même, mais qui se déprime toujours très peu en arrière à cause de la douleur ou de la dyspnée, ou à cause de l'une et de l'autre. — Voilà pour la luxation en arrière et en haut.

Ce déplacement, présenté ici comme consécutif, ne pourrait-il pas être quelquefois primitif. S'il en était ainsi, ce

serait une chose difficile à constater à moins d'assister à l'accident au moment même de son accomplissement. Toujours est-il que la transformation s'opère dans certains cas pendant la tentative de réduction (M. Pellieux) et qu'on sera porté et peut-être autorisé à l'admettre lorsque, comme chez Lemoine, la dyspnée aura été remarquable par son intensité et sa durée. La direction de la cause luxante donnerait aussi quelque présomption; mais ce serait là un guide souvent infidèle. Quoi qu'il en soit, sous le point de vue pratique la luxation de l'extrémité sternale de la clavicule ne s'en présente pas moins sous deux formes distinctes, et dont les différences ne sont pas sans importance.

Diagnostic. — La luxation en arrière et en haut a des signes si tranchés à cause de la position superficielle de l'os déplacé, qu'il n'y a pas de luxation, pas de maladie d'un diagnostic plus facile ; il se fait réellement à distance.

Celle en arrière et en bas est plus difficile à reconnaître pour peu qu'il y ait de gonflement ou d'embonpoint ; cependant dans ce cas même, M. Lenoir, qui n'en avait pas encore vu d'exemple, l'a diagnostiquée d'emblée. Le déjettement de l'extrémité interne de la clavicule en arrière et en bas, sa fixité dans cette position et le vide de la fossette sternale la feront toujours distinguer de la fracture de la même extrémité de l'os. Les mêmes caractères et de plus le rapprochement de l'épaule de la ligne médiane, symptôme constant jusqu'ici, empêcheront de la confondre avec une contusion assez violente pour avoir altéré d'une manière notable les mouvemens de la jointure.

Pronostic. — Souvent les luxations de la clavicule à l'une comme à l'autre de ses extrémités ont été mal réduites, et le membre n'a rien perdu ni de sa force, ni de sa liberté. Bien

plus, j'ai vu à la clinique du professeur J. Cloquet, dont j'étais élève alors, j'ai vu un jeune ramoneur, dont la clavicule droite sortit nécrosée, entière et blanche comme celle d'un squelette : l'os ne se reproduisit pas, et l'on ne sentait à sa place qu'un cordon fibreux assez peu prononcé; j'ai souvent depuis rencontré le malade, les mouvemens de l'épaule n'ont pas sensiblement souffert. Ainsi donc l'induction, s'il était permis de s'en servir, ne ferait rien craindre de sérieux. Ici cependant, si, dans le cas d'une réduction mal faite, l'extrémité luxée conservait de la tendance à retourner en arrière, le pronostic en acquerrait une certaine portée. Il serait intéressant, sous ce rapport, de revoir Lemoine chez qui une variole intercurrente a forcé d'abandonner la luxation à elle-même, dès les premiers jours. Je n'ai pu encore le retrouver. Mais, dans les cas où les moyens de contension ont été appliqués, l'expérience a parlé : la guérison a été solide et les malades en ont été quittes pour une légère difformité qui pourra d'ailleurs être telle, qu'on ne saurait deviner plus tard de quel côté se trouvait la luxation.

Traitement. — Ici, comme dans toutes les luxations, il y a deux indications fondamentales à remplir, la *réduction* et la *contention*. Dans le déplacement en arrière et en haut, la première s'obtient avec une étonnante facilité : il suffit pour cela de porter le coude en avant, en dedans et en haut. — Sans être d'une difficulté réellement sérieuse, la réduction exige beaucoup plus d'efforts dans la luxation en arrière et en bas. Dans ce cas, le procédé de MM. Lenoir et Pellieux est digne d'être imité. Outre qu'il se recommande comme tout ce qui n'a encore eu que du succès, on voit, en y réfléchissant, que c'est véritablement le seul qui s'adapte bien à la circonstance. Effectivement, en portant la partie supé-

rieure du bras horizontalement en arrière et en dehors, en même temps que le coude est retenu sur le côté de la poitrine, le deltoïde se trouve allongé, et la tension, et peut-être aussi la contraction spasmodique de sa portion claviculaire tirant en bas et en dehors, tendent à dégager, par un mouvement de bascule, l'extrémité luxée et à la ramener à sa place. Je ne dis pas que ce procédé sera partout et toujours le meilleur; on pourra être obligé d'en essayer plusieurs, mais il me semble le plus rationnel, et il a réussi deux fois (Obs. 4 et 7) alors que d'autres avaient échoué.

C'est dans la *contention* que gît toute la question du traitement. Elle n'est pas encore bien difficile dans la luxation en arrière et en bas; mais dans celle en arrière et en haut, elle l'est davantage quel que soit le déplacement, quel que soit l'os. L'extrémité de la clavicule reparaît opiniâtrément en dedans et en haut. A quel moyen s'adresser pour l'assujettir? Je ne parlerai que de ceux que j'ai été à même de juger. L'appareil de M. Pellieux a bien réussi, celui de M. Lenoir parfaitement. Ce dernier est remarquable par sa simplicité et par la facilité qu'on aurait à l'improviser partout. Sans cet avantage, on pourrait proposer de le remplacer par deux épaulières en cuir, dont les chefs se boucleraient sur le coussin dorsal; ce serait moins gênant et plus aisé à resserrer. Mais le bandage qui, à mon avis, l'emporte sur tous les autres, c'est celui de M. le professeur Velpeau. Il conserve ici la supériorité qu'on lui connaît dans le traitement des fractures. Je vais, en raison même de son importance, le rappeler en deux mots.

Le coude porté en haut et en dedans sur la poitrine et la main sur l'épaule du côté sain, position qui maintient la

réduction, on garnit de ouate les saillies osseuses; puis, avec une longue *bande sèche*, on fait quelques circulaires autour du thorax. Arrivée à la hauteur du coude, la bande se relève au-devant de lui de manière à l'embrasser comme dans une anse, passe sur l'épaule du côté malade et descend obliquement jusqu'au milieu du dos; là on la détourne par un renversé qui est fixé par un aide, et l'on refait un circulaire qui vient assujettir cette anse à ses deux extrémités. On continue en menant ainsi alternativement un jet de bande autour le tronc et un jet oblique sur l'épaule, jusqu'à ce que six de ces derniers, presque entièrement superposés, recouvrent la portion externe de la clavicule luxée. On finit d'épuiser la bande par quelques circulaires qui ne doivent pas atteindre tout-à-fait aux aisselles. Enfin, ce qu'on vient de faire avec la bande sèche, on le répète avec une *bande dextrinée*, en laissant à découvert aux bords de l'appareil un petit liseret de la première, dont le moelleux protégera les tégumens contre la dureté de la seconde. On étend avec les doigts une couche mince de la liqueur adhésive à la surface des circonvolutions pour mieux les souder ensemble. Ce *glacement* du bandage et le liseret blanc qui le borde, tout en ajoutant à sa perfection, lui donnent encore un air de gentillesse et de coquetterie qui fait plaisir à l'œil. Au bout de vingt-quatre heures, il est sec et inextensible. Comme au moment de l'application sa souplesse lui a permis de se mouler sur les parties, il les surprend en se soldifiant dans la position qu'on leur a imprimée, et les y maintient avec une merveilleuse exactitude. Si, par l'indocilité du malade, il s'était fait quelques vides pendant la dessiccation, on les comble avec de la ouate. A-t-il subi, par la même cause, une déformation partielle nuisible, on l'hu-

mecte dans ce point avec de l'eau tiède, et on lui rend à l'instant sa régularité.

On comprend aisément l'action de ce bandage : les circulaires fixent le coude sur la poitrine ; l'anse, en se réfléchissant sous l'articulation huméro-cubitale, concourt avec les circulaires à repousser l'épaule en arrière et en dehors, et en pressant sur l'extrémité claviculaire externe qui ne peut s'abaisser, elle empêche l'interne de s'élever. C'est d'ailleurs à-peu-près le même pour les fractures de la clavicule et ses autres luxations. On le laissera appliqué 40 ou 50 jours plus ou moins, suivant la tendance du déplacement à se reproduire. A cette occasion, il ne faut pas oublier que, sous le rapport de la facilité avec laquelle elles s'opèrent, la contention et la réduction sont ici, comme peut-être toujours, en raison inverse l'une de l'autre.

MALADIES DE LA PROSTATE

Par VIDAL (DE CASSIS).

(2e article.)

CALCULS DE LA PROSTATE.

Les calculs prostatiques sont fréquens. Ils ont ordinairement pour base le phosphate calcaire (1). Leur couleur donne sur le vert foncé et on les dirait quelquefois transparens. Ils sont, ordinairement, en petit nombre. Cependant M. Cruveilhier dit avoir observé un cas où on ne put les compter tant ils étaient nombreux (2). Marcet en a compté cent (3). Leur volume est peu considérable il y en a comme

(1) *Wollaston philosophical Transactions*, 1797.

(2) *Anatomie pathologique du corps humain*, livraisons 17, 22, 26, 30, in-fol. avec pl. color.

(3) *Des affections calculeuses*, traduit par Riffault.

des têtes d'épingles. Par contre, je parlerai d'un calcul prostatique énorme. Ils sont surtout petits quand leur nombre est considérable. Leur forme est très variable; cependant on peut dire que quand ils sont multiples ils ont des facettes, et quand ils occupent en même temps la portion prostatique de l'urèthre et une portion de la vessie ils se rapprochent plus ou moins de la forme d'une gourde, ils semblent alors formés de deux noyaux qu'on aurait soudés ensemble. La soudure correspond ordinairement au col vésical; j'en ai vu deux qui ressemblaient beaucoup au cocon du ver à soie. Leur partie moyenne avait un rétrécissement marqué. On a vu des pierres rameuses dans la prostate. M. Civiale en rapporte un cas remarquable (1). Les calculs prostatiques peuvent être dans le sein de la glande elle-même, dans les canaux qui la parcourent ou arrêtés à l'orifice de ces canaux. Ainsi on les trouve dans les conduits éjaculateurs et prostatiques, dans l'urèthre. Ils peuvent être complètement renfermés dans ces canaux ou simplement retenus à leur embouchure. On en trouve aussi dans les veines: mais il s'agit alors de concrétions de toute autre nature; ce sont des corps appelés phlébolites qu'on trouve aussi dans les veines du rectum, dans la saphène et sur d'autres points de l'arbre veineux. Il y a des calculs qui sont entre la prostate et le rectum: en parlant du diagnostic, je citerai un cas de calcul ayant ce siège. On trouve surtout des calculs dans des points de la prostate qui ont été creusés ou dilatés par une modification quelconque de cette glande ou des canaux qui la parcourent. C'est en effet dans les lacunes de la prostate que l'urine séjourne plus ou moins; ses élémens

(1) Voyez l'ouvrage de ce praticien déjà cité dans la première partie de ce travail.

concressibles peuvent donc plus facilement se déposer. Mais n'allez pas croire que tous les calculs prostatiques sont formés par l'urine, car il en est qui naissent sur des points qui n'ont jamais été touchés par cette humeur. M. Mercier n'est pas loin de croire que les vrais *calculs prostatiques*, c'est-à-dire ceux qui se développent dans le tissu propre de cet organe seraient dus à la condensation de l'humeur qui suinte quand on coupe ce tissu. Ces calculs en effet ne sont pas formés par couches. Il en est qui n'ont que la consistance de la cire, et leur couleur les ferait confondre avec les calculs d'acide urique si la chimie ne venait détruire l'erreur. Les vrais calculs prostatiques avaient été comparés à des grains de tabac par Morgagni (1). Le siège le plus fréquent des calculs prostatiques est la portion de l'urèthre qui traverse la prostate et sur le côté de ce qu'on appelle la crête uréthrale.

En prenant en considération ce que je viens de dire sur le siège de ces calculs on voit qu'il en est qui sont : 1° complètement libres : ce sont ceux d'un petit volume et qui sont dans l'urèthre ; 2° d'autres sont, au contraire, enveloppés de toute part par la glande ou par les tissus qui l'environnent ; ainsi les calculs qui naissent dans les lobes latéraux de la glande ceux qui se développent entre elle et le rectum ; 3° il est des calculs qui sont à moitié libres à moitié adhérens, ce sont ceux qui naissent ou qui sont portés dans un des méats des conduits qui se rendent à la prostate ou qui se forment au milieu des végétations dont cette glande est quelquefois hérissée.

(1) Adv. anat. IV. anim. 14. anat. méd. VII, art. II. Ep. XXIV, art. 6. Epit. XLIV, art. 20 et 21. Voyez aussi les *Recherches anat. path.* de M. Mercier, ouvrage qui contient plusieurs vues nouvelles et les résultats d'une longue et patiente observation.

Ces diverses positions et ces rapports de calculs doivent faire varier le diagnostic. Celui-ci pourra être très difficile et même impossible à établir d'une manière complète, si le calcul est enseveli dans un lobe de la prostate. Il existe déjà bon nombre de méprises, très excusables d'ailleurs, et qui ont été causées par cette position du calcul ; car le cathétérisme et le toucher par le rectum peuvent être très insuffisans pour déceler la présence de pareils calculs. Ceux, au contraire, qui sont libres ou qui pointent dans la portion de l'urèthre sont accessibles à la sonde et on les trouve plus facilement. Cependant, les cas de méprises ne sont pas extrêmement rares pour ces calculs mêmes, et les faits qui prouvent qu'on les a confondus avec les calculs vésicaux ne sont pas rares aussi ; j'en rapporterai un exemple : je prouverai aussi que le toucher par le rectum peut faire reconnaître surtout les calculs qui se forment entre cet intestin et la prostate.

La plupart des calculs prostatiques ne naissent pas dans la prostate, ils viennent de la vessie : ce sont nécessairement ceux qu'on trouve dans la portion de l'urèthre qui traverse cette glande. De la vessie, les calculs arrivent de deux manières dans la prostate : ou bien ils y sont transportés, en entier, et, tout d'un coup, par le flot d'urine qui les entraîne; ceux-là sont ordinairement petits, ils peuvent retomber dans la vessie pour en sortir de nouveau, la sonde les précipite aussi dans ce réservoir : il est, au contraire, des calculs qui s'y engagent peu-à-peu et qui, pour parvenir à la prostate, ont besoin de faire subir au col vésical une dilatation. Un calcul peut s'engager dans cette partie par un prolongement ou mamelon, celui-là devrait être appelé *vésico-prostatique ;* tandis que celui qui naîtrait dans la prostate et ferait ensuite saillie dans

la vessie serait appelé *prostato-vésical*. Ne croyez pas que cette distinction soit vaine; elle a un but que le praticien saisira bientôt. On sait, qu'en général, ces calculs à double habitation sont composés de deux portions de deux lobes. Eh! bien, celui qui est né dans la vessie et qui n'est arrivé à la prostate que par extension, celui-là a son lobe le plus développé du côté de la vessie et c'est la vessie qu'il faut attaquer pour l'extraire (1). Le calcul, au contraire, qui a pris naissance dans la prostate ou qui y a été porté, quand il était encore petit, ce calcul qui en se développant empiète dans la vessie, celui là est retenu dans la prostate où se trouve son lobe le plus considérable. Si on veut l'extraire du côté de la vessie, on éprouve les plus grandes difficultés, tandis qu'en attaquant la prostate par le périnée ou par le rectum son extraction est facile. Voici deux exemples confirmatifs de ce que j'avance : Il y a, à-peu-près, douze ans, je servis d'aide à M. Amussat, qui avait à tailler un enfant à Palaiseau. Ce chirurgien fit la taille sus-pubienne (c'était la méthode qu'il pratiquait de préférence); la vessie ouverte, l'opérateur constata la présence de la pierre; mais éprouvant de la difficulté pour l'extraire, et jugeant avec beaucoup de raison, qu'elle était engagée dans le col de la vessie, il nous pria d'introduire une sonde dans l'urèthre pour pousser vers la vessie la pierre qui était, en partie, dans la prostate. C'est ce qui fut exécuté avec un plein succès. La pierre tomba dans la vessie et l'opérateur put l'extraire facilement par la plaie qu'il avait faite au sommet de cet organe. Cette pierre n'était pas volumineuse, elle avait la forme d'une petite bouteille dont le col était évidemment engagé dans la prostate, tandis que le corps était dans

(1) J'avertis le lecteur que je parle ici des calculs volumineux.

la vessie. C'était là une pierre *vésico-prostatique*; elle était née dans la vessie, elle y avait pris son premier développement et elle s'était ensuite accrue principalement du côté du col, dans lequel elle s'était ensuite engagée. On voit ici une manœuvre sur-ajoutée aux manœuvres ordinaires de la taille sus-pubienne, savoir : l'introduction d'une sonde dans l'urèthre pour pousser la pierre dans la vessie afin de la rendre tout-à-fait vésicale. Un fait fort remarquable de pierre *prostato-vésicale* est celui auquel j'ai déjà fait allusion et qui a été publié par M. Blandin dans le premier volume du *Journal hebdomadaire*. Le malade était un garçon de 15 ans qui portait une pierre logée, en partie, dans la prostate, en partie dans la vessie. La portion prostatique était la plus volumineuse, puisqu'elle était contenue, dit M. Blandin, *dans une énorme poche*, creusée dans la portion moyenne et inférieure de la prostate, c'est-à-dire, du côté du rectum. Cette cavité aurait contenu un œuf de poule. Puis venait un rétrécissement qui correspondait au col vésical; enfin la pierre se renflait encore du côté de la vessie, mais moins que du côté de la prostrate. On comprend qu'une pareille pierre saisie par une plaie faite au sommet de la vessie devait offrir de grandes difficultés à l'extraction, tandis qu'en l'attaquant du côté du périnée les difficultés devaient être moindres. Il pouvait même y avoir impossibilité de pratiquer une taille méthodique, et ayant des chances de succès. Mais il eût fallu, au préalable, établir un diagnostic précis : or c'était d'une difficulté extrême, car on sait que souvent on se trompe sur la question de savoir s'il y a ou non calcul, que sera-ce quand on voudra connaître le siège précis du calcul, son volume, ses diverses dispositions. Ici le sujet avait 15 ans, ce calcul étant d'un grand

volume; il est très probable qu'il était né de très bonne heure. Mais le commémoratif n'ayant pas pu être complètement connu par M. Blandin, ce chirurgien quoique aidé des lumières de M. Marjolin, fut dans l'impossibilité d'apprécier convenablement les dispositions de la pierre; il crut qu'elle était seulement vésicale, et cette conviction le porta à entreprendre la taille sus-pubienne, méthode qui ne lui permit pas l'extraction du calcul. Cet opérateur fut donc obligé *à posteriori*, d'attaquer la partie inférieure de la prostate, de faire la taille recto-prostatique qui lui réussit. Car la partie la plus développée de la pierre, étant contenue dans une poche creusée dans la partie moyenne inférieure de la prostate, en attaquant le rayon inférieur de cette glande, on se plaçait dans les conditions les plus favorables pour une extraction facile.

J'ajouterai ici que le toucher par le rectum avait permis de constater une tumeur volumineuse faisant saillie dans cet intestin; mais comme tous les autres symptômes se rapportaient au calcul vésical, puisqu'au fond il existait une partie du corps étranger dans la vessie, l'erreur était facile, et tout autre chirurgien l'eût peut-être commise comme M. Blandin.

Dans les cas de calculs prostatiques très développés, comme celui dont il est ici question, il se passe quelquefois un phénomène remarquable: la partie prostatique de l'urèthre se dilate au point de prendre la capacité de la vessie, tandis que cet organe revient sur lui-même, et sa capacité devient inférieure à celle de la portion d'urèthre qui est enveloppée par la prostate. Il y a donc un espèce d'échange de capacité entre la vessie et l'urèthre. Il y a plus : pendant que la vessie se rétracte, pour coiffer immédiatement le calcul, ses parois subissent une espèce d'hypertrophie qui rend

leur section difficile, quand on fait la taille sus-pubienne. Le jeune malade opéré par M. Blandin, et dont j'ai déjà parlé plusieurs fois, offrait un exemple remarquable de cet épaississement des parois vésicales, et ce chirurgien n'a pas manqué de noter qu'il rencontra de grandes difficultés, quand il lui fallut ouvrir le sommet de la vessie. J'ai vu, sur le cadavre d'un vieux calculeux opéré par M. Tauchou, un exemple des plus extraordinaires, de cet épaississement des parois vésicales. Le contraire peut arriver à la cavité qui reçoit la portion prostatique du calcul; ainsi les parois de l'urèthre qui correspondent au corps étranger s'amincissent, la prostate perd de son épaisseur et au lieu de représenter une glande traversée par un canal, c'est un organe creux. Mais ce n'est pas toujours par cette espèce de dilatation, avec atrophie de la prostate que se forme la cavité qui contient la pierre. Il arrive, et je crois que c'est le plus souvent, qu'une ulcération a lieu sur un point, et qu'elle creuse la cavité dans laquelle la pierre s'enfonce, à mesure qu'elle se développe. Quand c'est du côté du rectum que marche l'ulcération c'est elle qui finit par établir, entre cet intestin et la prostate, la route par laquelle on voit quelquefois les calculs, être plus ou moins complètement éliminés.

Le diagnostic des calculs de la prostate peut être très difficile à établir puisqu'un calcul du volume d'un œuf de poule n'a pu être reconnu, et M. Civiale parle de vingt-deux pierres dans la prostate et qui ne furent constatées qu'après la mort. Que sera-ce quand il n'y aura qu'un ou deux graviers, lesquels pourront même être enveloppés par la substance de la prostate ou par des végétations de cette glande. C'est quelquefois pendant l'opération qu'on constate leur présence ou bien par l'autopsie.

Pour étudier le *diagnostic*, je rappellerai la distinction, déjà faite, entre les calculs uréthraux et ceux qui sont réellement prostatiques, c'est-à-dire entre les calculs nés ou renfermés dans la substance de cette glande, et ceux qui se trouvent dans la portion de l'urèthre qui la traverse, soit que ces derniers y soient nés ou qu'ils soient venus entiers ou par fragmens de la vessie. Ces fragmens, on les trouve quand il a été fait une lithotritie. Deux modes d'explorations correspondent à ce double siège : exploration par l'urèthre, exploration par le rectum. Ces deux procédés peuvent être étudiés isolément, mais ils doivent être toujours employés conjointement :

1° L'exploration par l'urèthre se fait avec les sondes ordinaires ou le trilabe des lithotriteurs, ou avec des bougies à empreinte. Une sonde ordinaire est suffisante quand le calcul libre dans la portion prostatique de l'urèthre occupe un des côtés de la crête. Elle rapporte alors la même sensation que pour les pierres vésicales, mais quelquefois c'est une espèce de gratement bien senti quand la sonde va dans la vessie, ou au moment où elle en revient. Dans des cas obscurs où tous les moyens d'exploration avaient échoué, M. Civiale s'est servi, avec avantage, d'une grosse bougie molle, pouvant conserver l'empreinte du calcul. Les empreintes de cette nature, dit ce praticien, diffèrent essentiellement de celles que produisent les tissus organisés, elles sont plus inégales, plus à pic; elles offrent surtout des caractères remarquables lorsque le corps étranger fait une traînée sur toute la partie de la bougie qui a dépassé le point occupé par lui. M. Civiale cite un fait particulier dans lequel ce genre d'exploration lui aurait été d'un grand secours pour établir définitivement un diagnostic qui

avait échappé aux premiers chirurgiens d'Angleterre (*loc cit*). Quand ce moyen d'exploration aura été souvent employé, on trouvera peut-être que les empreintes ne seront pas toujours taillées aussi brusquement, aussi nettement que dans les cas cités par M. Civiale, car il est des calculs qui ne sont pas inégaux, à forme arrondie; ceux-là ne donneraient que difficilement des empreintes taillées à pic. Il est vrai que leur résistance plus forte que les tumeurs de la prostate peuvent faire différer l'impression qu'elles laisseront sur la bougie. On devra noter aussi qu'en retirant la bougie, on peut effacer les angles de l'empreinte. Ainsi ce moyen de diagnostic être tenté, seulement on devra être un peu prévenu contre la certitude de ses résultats.

L'exploration, par l'urèthre, peut être rendue difficile et infructueuse par plusieurs circonstances, les principales sont : un ou plusieurs rétrécissemens, un ou plusieurs calculs uréthraux. Ces obstacles se trouvant devant la portion prostatique de l'urèthre empêchent la sonde d'y parvenir pour compléter l'exploration. On doit donc traiter ces rétrécissemens et extraire les pierres pour parvenir à un diagnostic satisfaisant. Ainsi, après la dilatation, l'incision ou la cautérisation de l'urèthre, on fera parvenir les sondes ou les bougies exploratrices jusqu'à la prostate pour obtenir le choc particulier du calcul ou les empreintes dont parle M. Civiale : on en fera de même après l'extraction des calculs qui sont engagés dans une portion de l'urèthre antérieure à celle qui correspond à la prostate. Si pour extraire ces calculs on a été obligé d'employer la boutonnière, l'exploration qui suivra cette opération sera plus fructueuse, car on pourra agir de plus près. Eh bien ! même avec cet avantage, deux praticiens de mérite, MM. Civiale et A. Berard ont pu méconnaître un nombre

considérable de calculs prostatiques. J'ai déjà fait allusion à ce fait consigné dans le livre déjà cité. Il y avait rétrécissement de l'urèthre, calculs dans le canal, dans la prostate et dans la vessie. La boutonnière permit d'extraire les calculs réellement uréthraux, de constater le calcul vésical, mais laissa ignorer l'existence de vingt-deux calculs logés dans le lobe droit de la prostate et dont trois avaient le volume de grosses noisettes! En rendant compte de l'autopsie qui dévoila ces calculs, M. Civiale dit que « la tumeur qu'ils produisaient faisait saillie dans le rectum. » Et ce praticien avait dit, en parlant de l'exploration à laquelle il se livra : « Une pierre existait dans la partie membraneuse de l'urèthre; le doigt introduit par l'anus sentait une petite tumeur sur laquelle on ne pouvait appuyer sans déterminer une sorte de crépitation. » On voit que M. Civiale attribua cette tumeur à un calcul uréthral; son doigt n'alla pas ou ne put aller plus haut pour constater la tumeur formée par les calculs prostatiques, tumeur reconnue à l'autopsie comme je viens de le dire. Ce fait prouve, en même temps, l'importance et les difficultés du toucher rectal à toutes les hauteurs.

2° Le toucher rectal est surtout employé dans les cas où les calculs sont dans le sein même de la glande ou entre elle et le rectum. Il est des cas où il est difficile d'atteindre les limites de la prostate, car la modification pathologique que j'ai indiquée tantôt n'est pas la seule qui puisse être subie par cette glande, et son hypertrophie n'est pas incompatible avec la présence d'un calcul. Cette hypertrophie seule ou combinée avec l'affection calculeuse peut singulièrement obscurcir le diagnostic. Les erreurs sont d'autant plus faciles, que les symptômes fonctionnels semblent quelquefois venir

les corroborer. Ainsi, comme je le dirai en parlant des hypertrophies de la prostate, il est des cas où une certaine disposition du lobe moyen peut arrêter d'une manière brusque le jet d'urine pour le laisser partir librement quelques instans après. Quelquefois aussi le même lobe peut donner lieu à une rétention ou à une incontinence d'urine, ce que les calculs font aussi.

Le toucher, par le rectum, donne des résultats plus satisfaisans quand le calcul est voisin de la face rectale de la prostate, et surtout quand il est placé entre cette glande et l'intestin. On peut alors reconnaître sa forme, son volume; on sent une dureté plus considérable et une tumeur généralement bien mieux circonscrite que celle du développement hypertrophique de la prostate.

Les signes fonctionnels sont on ne peut plus trompeurs. On a parlé du priapisme (1). M. Blandin note dans le cas qu'il a observé une demi-érection habituelle. On aura égard à ce symptôme, mais on ne devra le considérer que comme très accessoire.

J'ai déjà parlé du traitement des pierres protastiques en décrivant les pierres logées dans la prostate et dans la vessie; j'ai distingué les cas où le calcul était plus développé du côté de la prostate (calcul prostato-vésical) ou ayant son plus grand développement du côté de la vessie (vésico-prostatique). Dans le premier cas, je conseille la taille par le périnée ou par le rectum; dans le second cas, la taille sus-pubienne. Ce dernier conseil est une concession faite aux partisans de cette dernière taille, car, en principe, j'admets qu'on ne doit pas faire la taille par le haut appareil.

(1) Voyez *Essai sur la gravelle et la pierre*, par M. Segalas. Paris, 1840.

Après la taille se présente la lithotritie, l'extraction simple ou la boutonnière.

Un calcul libre, peu volumineux, doit être extrait comme on le fait pour la plupart des calculs uréthraux. On se sert pour cela de la pince de Halles, dite de Hunter, ou d'un trilabe modifié à cet effet.

La pince de Halles peut souvent écraser le calcul quand il est volumineux; et s'il résiste, ce qui, selon M. Ségalas, est fort rare, le trilabe, étant plus puissant, écrasera le calcul; ou bien on mettra en usage un instrument fait sur le modèle du lithotriteur à pression et à percussion, et même à perforation, de M. Ségalas. Ce chirurgien dit que, quand la pierre a un fort volume, si elle se trouvait à la portion prostatique ou membraneuse du canal, il faudrait la repousser dans la vessie avec une sonde ordinaire, ou mieux avec une sonde exploratrice de Ducamp, puis l'y soumettre au broiement. « Cette répulsion du calcul dans la vessie se fait généralement sans effort, sans douleur, parce que, d'ordinaire, le canal est assez large dans cette partie, et que, s'il ne l'est pas, il arrive promptement à une dilatation suffisante sous l'influence de l'urine arrêtée par les corps étrangers » (*loc. cit.*, p. 344 et 345). M. Ségalas n'est pas le seul à proposer cette pratique; c'est ce qui me met plus à l'aise pour oser la critiquer. Il me semble, qu'en général, un calcul vésical est une affection plus grave qu'un calcul prostatique. Une action chirurgicale quelconque se passant dans la vessie est plus grave aussi que celle qui n'a pour théâtre qu'une portion de l'urèthre. La portion prostatique n'est que dans les parois du bassin; la vessie, au contraire, est complètement dans le bassin, ce qui rend plus dangereuses les lésions produites par les opérations qu'on tente sur elles: l'urine est tou-

jours là pour les envenimer, ce qui n'arrive pas pour les lésions de l'urèthre. Il est vrai que la présence de cette urine facilite les manœuvres, et que les instrumens jouent plus librement dans la vessie que dans la prostate. Mais si l'urine excite la dilatation dont parle M. Ségalas, dilatation qui permet une rétrocession si facile du calcul dans la vessie, elle permettra le déploiement nécessaire aux instrumens lithotritiques. D'ailleurs, il ne faudrait pas admettre d'une manière absolue la facilité du déplacement du calcul; car, si on a été assez patient pour suivre ce que j'ai dit des dispositions de ces corps, on verra qu'il est des cas où il serait impossible de les pousser dans la vessie: car on a retenu, j'ose l'espérer, que j'ai admis des calculs libres, des calculs presque libres, et des calculs qui ne le sont pas du tout. Eh bien! il n'y aurait que la première catégorie qui permettrait la facilité de la manœuvre proposée par M. Ségalas. Je suis d'ailleurs persuadé que c'est ainsi que ce praticien l'entend.

Je crains qu'on se soit exagéré les dangers de la boutonnière. Une incision faite sur le raphé du périnée, incision qui, après avoir divisé les tissus qui recouvrent la portion membraneuse de l'urèthre, l'ouvrirait elle-même; une pareille opération n'a rien d'essentiellement grave, et elle suffirait le plus souvent, à l'extraction des calculs prostatiques. S'ils étaient trop volumineux pour cela, ou bien trop profondément ensevelis dans le sein de la glande, ou couperait celle-ci sur un ou plusieurs de ses rayons sans prolonger ces incisions, et on enlèverait ainsi tous les calculs possibles, quel que fût leur nombre, quel que fût leur volume. Cette opération, je le répète, se passerait, en entier, dans le périnée, et sa rapidité lui donnerait des chances de succès que ne peuvent guère promettre les séances répétées,

douloureuses que nécessite la lithotritie. Ainsi extraction simple quand il y a possibilité, écrasement sur place quand la liberté, le volume du calcul peuvent permettre le jeu régulier des instrumens et quand les séances ne doivent pas être trop souvent répétées ; enfin boutonnière et boutonnière multiple quand le calcul est fortement engagé et volumineux.

DU BÉGAIEMENT,

Par M. Velpeau.

La question relative aux opérations mises en pratique contre le bégaiement, depuis quelques mois, semble avoir besoin d'être résumée aujourd'hui. Nos lecteurs seront bien aises, sans doute, de savoir au juste ce qu'on doit penser, ce qu'on a obtenu des tentatives faites en divers lieux et par de nombreux opérateurs à cette occasion. Des informations multipliées, des renseignemens sur l'exactitude desquels j'ai tout lieu de compter, des observations assez nombreuses permettent déjà de dire quelque chose d'assez précis pour que les praticiens en sachent bientôt là-dessus autant que qui que ce soit.

Depuis l'article inséré dans les *Annales de chirurgie*, tome 1, page 420, je n'ai rien appris de ce qui s'est passé en Prusse sur les sections de la langue. Plusieurs journaux français, quelques feuilles médicales anglaises ont annoncé, et de jeunes chirurgiens allemands m'ont confirmé le fait, qu'un bègue, opéré par M. Dieffenbach, était mort d'hémorrhagie. Du reste, je n'ai pas vu que personne ait rien cité d'officiel, de bien authentique sur ce malheur.

Pour ce qui a été dit et fait en Angleterre, je renvoie aux extraits divers qui se trouvent à la fin du présent article.

En France, la question a pris une extension considérable. Près de deux cents malades ont déjà été soumis à l'opération, qui a été pratiquée par M. Phillips, par moi, par M. Roux, par M. Jobert, par M. Monod, par M. Amussat, par M. Colombat, par M. Baudens, par M. Guersant fils, par M. Bonnet de Lyon, et par divers autres opérateurs. Le résultat d'expériences si diversifiées doit avoir une valeur positive quelconque. L'opération a d'ailleurs été effectuée de manières extrêmement variées.

A. Ainsi M. *Bonnet* coupe la racine des muscles génio-glosses par une simple piqûre des tégumens sous-mentonniers, sans diviser la membrane muqueuse, sans établir de plaie dans la bouche.

B. Pour diviser les muscles génio-glosses par l'intérieur de la cavité buccale, M. *Phillips* porte l'instrument au dessus des glandes salivaires, le long de la face inférieure de la langue.

C. *Je les ai divisés*, au contraire, près des apophyses géni, en avant des glandes sublinguales, tantôt avec le ténotome ordinaire, tantôt avec un ténotome en serpette, tantôt avec un simple bistouri droit, tantôt avec des ciseaux.

D. M. *Amussat*, voulant, sans doute, se procurer quelque chose de spécial dans l'opération, y ajoute soit l'excision des glandes sublinguales, soit l'excision d'une partie du muscle, quand il suit le procédé de M. Phillips ou le mien.

E. M. *Jobert*, pelotonnant, pour ainsi dire, le faisceau charnu dans l'arc de l'instrument destiné à en opérer la section, agit aussi par un procédé qui lui est propre.

F. Enfin, un *chirurgien militaire* s'est avisé de réclamer pour lui la section des muscles génio-glosses, près des apophyses géni, par la raison qu'au lieu du bistouri, il se sert de ciseaux courbes, et qu'au lieu de diviser la racine de ces muscles, comme je le fais, il en divise le *tendon*, oubliant, le pauvre diable, que les muscles génio-glosses n'ont point de tendon !

Les opérations pratiquées sur la langue des bègues ont encore été tentées sur d'autres points de l'organe.

G. Une fois *j'en ai enlevé un triangle* à base antérieure, qui en comprenait toute l'épaisseur de la pointe, après quoi les deux lèvres de la plaie ont été réunies au moyen de la suture.

H. Chez un autre malade *j'ai détruit une tranche cunéiforme* de la langue dans le but de simuler l'opération de M. Dieffenbach. Seulement, au lieu de l'instrument tranchant, je me suis servi de la ligature pour occasioner la déperdition de substance. Ayant passé de gauche à droite un double lien vers la base de la langue, un peu au dessus du plan des artères ranines, j'opérai l'étranglement de tout le tissu charnu, d'abord en arrière près du trou borgne, puis à trois centimètres en avant, en serrant les fils avec assez de force pour occasioner la mortification des parties étranglées. Quand le peloton de chairs ainsi circonscrit fut tombé, la langue parut être divisée en deux moitiés presque distinctes, une postérieure, l'autre antérieure. Voyant que l'échancrure tardait à se combler, je pratiquai deux points de suture, afin d'y porter remède. La plaie s'est cicatrisée de manière à donner l'image indiquée par M. Dieffenbach.

I. J'ai aussi pratiqué une fois la *section des muscles glosso-pharyngiens*, des piliers du voile du palais.

F. Quant à *l'excision des amygdales et de la luette*, on verra plus loin, ce qu'il faut en penser, même d'après les faits observés à Londres.

Avant d'aller plus loin il ne sera pas inutile de rappeler ce que je disais de cette opération, il y a maintenant deux mois, alors qu'elle était encore toute nouvelle. En terminant ma sixième observation (*Annales de Chirurgie*, page 445, tome I), j'ajoutais :

« De tels faits ne disent certainement rien de définitif ; ils permettent seulement *d'espérer* qu'en multipliant les essais, on finira par guérir le bégaiement au moyen d'une opération chirurgicale. Je sais que, parmi les bègues, soumis *ailleurs* à cette opération, il en est qui bégaient au moins autant qu'auparavant, je sais en outre qu'il est survenu, chez quelques-uns d'entre eux, des hémorrhagies, des inflammations assez violentes. Agissons donc avec prudence et ne compromettons pas, par trop de précipitation, une opération qui est, *peut-être*, destinée à rester dans la science. »

Cette réserve n'a point été comprise. Quelques chirurgiens, qui ont opéré à tort et à travers, n'ont pas craint de soutenir qu'ils pouvaient guérir tous les malades, que le résultat de la section des muscles génio-glosses était aussi positif eu égard au bégaiement, que la section des muscles de l'œil dans les cas de strabisme. Mes craintes, sous ce rapport, ne se sont donc que trop réalisées. J'ai peur aujourd'hui qu'il n'en soit pas tout-à-fait de même de mes espérances. Il y a tantôt quatre mois que les premiers bègues ont été opérés ; on sait en conséquence à quoi s'en tenir sur les bienfaits ou les inconvéniens de l'opération qu'ils ont subie.

Voici d'abord ce qui est arrivé aux miens.

RÉSUMÉ DES FAITS.

Le malade que j'ai opéré, le 14 février, est actuellement dans le même état qu'avant l'opération.

L'amélioration éprouvée d'abord par le second se réduit à très peu de chose ;

Le troisième et le quatrième restent guéris ;

Le cinquième, celui auquel j'ai retranché un bout de la langue et qui était dans un état si satisfaisant vers la fin de mars, bégaie encore considérablement à présent.

Le frotteur, qui fait le sujet de ma sixième observation (Voyez *Annales de Chirurgie*, page 445, cahier d'avril), et qui cessa si brusquement d'avoir la parole embarrassée, ne bégaie presque plus; mais enfin il y a encore des momens où son infirmité reparaît d'une manière sensible.

Chez le jeune homme auquel j'ai pratiqué la ligature dorsale de la langue, le bégaiement, qui avait d'abord diminué d'une manière notable, s'est conplètement rétabli depuis.

Il en a été de même de celui auquel j'ai pratiqué la section des piliers du voile du palais.

Chez un jeune médecin italien que j'opérai le cinq avril, la section des génio-glosses, qui produisit d'abord une amélioration notable dans la faculté de parler, n'empêcha point le bégaiement de se rétablir en grande partie au bout de trois semaines.

Un garde municipal opéré le 14 avril, est sorti de l'hôpital 12 jours après, ne bégayant plus; mais l'ayant revu quinze jours plus tard, j'ai trouvé qu'il avait encore le parole fort incertaine.

Chez un charron âgé de 46 ans, opéré le 21 avril, l'amélio-

ration, fort évidente pour lui, ne me parut, quant à moi, que de peu d'importance.

Un autre malade que j'opérai le 28 du même mois, n'a que très peu gagné à l'opération.

J'en ai opéré un autre le 30 avril, chez lequel il est survenu une hémorrhagie fort abondante, puis de vastes abcès au cou, et qui n'en conserve pas moins son infirmité à-peu-près au même degré qu'avant l'opération.

Mais une femme de chambre que j'ai opérée le 29 avril, un jeune médecin que j'ai opéré le 4 mai, un homme de 40 ans et un autre de 60 ans, que j'ai opérés le 22 mai, par la section du bord antérieur des muscles génio-glosses entre les deux artères ranines, et dont le bégaiement n'était pas des plus prononcés, se croient complètement guéris : ils parlent, en effet, beaucoup mieux qu'ils ne le pouvaient faire auparavant.

Il résulte donc de ces faits que sur 17 cas dont j'ai noté les détails, j'en trouve 5 où le succès de l'opération est, en définitive, absolument nul, 6 où la guérison est presque complète, et 6 où il n'y a eu qu'un degré plus ou moins marqué d'amélioration.

Quant aux *accidens*, il se sont réduits à l'hémorrhagie et à l'inflammation.

L'*hémorrhagie* a nécessité quelques secours chez trois de mes malades, et m'a causé une certaine inquiétude chez le dernier d'entre eux. Le tamponnement avec de la charpie inbibée d'eau de Rabel, ou d'une solution d'alun, m'a toujours suffi pour l'arrêter. Chez le malade opéré le 30 avril, ces précautions n'empêchèrent point le sang de repartir, et il fallut en venir à la cautérisation, puis à une forte compression. Ils avaient été soumis tous trois à la section des

muscles génio-glosses près des apophyses géni. Un débridement latéral avait, en outre, été effectué dans l'étendue d'un centimètre à droite et à gauche; j'avais divisé aussi l'attache des muscles génio-hyoïdiens chez le malade le plus gravement pris.

Excepté chez ce dernier, l'*inflammation* n'a jamais été inquiétante. Un certain boursouflement de la langue et de tout le plancher de la bouche, un peu de gonflement et de sensibilité à la région sus-hyoïdienne, une plaie grisâtre, caverneuse, qui n'a pas tardé à diminuer, à prendre un meilleur aspect ou à disparaître, sont les seuls phénomènes qui m'aient frappé sous ce rapport. Il m'a paru évident que les abcès, que l'espèce de phlegmon diffus qui s'est emparé de la région supérieure du cou de l'un de mes opérés, tenait à ce que l'hémorrhagie dont il avait été pris, a nécessité une cautérisation, un tamponnement, une compression, des topiques irritans au fond d'une vaste plaie et sur des parties assez sensibles, pour qu'il eût été heureux de pouvoir les laisser libres. Il n'en est pas moins vrai que cet homme a couru de véritables dangers, m'a causé une vive inquiétude pendant une semaine, et que, malgré la séparation complète des muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens, il conserve à-peu-près toute son infirmité.

Des faits qui me sont propres, je conclurai donc :

1° Que l'excision d'un V de la langue n'offre, pour remédier au bégaiement, que très peu de chances de succès;

2° Que la destruction d'une portion transversale de cet organe par la ligature; ne réussit pas mieux;

3° Que la section des piliers du voile du palais, des muscles glosso-pharyngiens, est également impuissante contre cette infirmité;

4° Que la section prolongée du frein de la langue telle qu'elle a été effectuée, d'abord par M. Phillips, puis par moi, par M. Lucas et par M. Amussat, réussit au contraire souvent, sans exposer à aucun danger véritable, à rendre la parole plus facile, à détruire, en partie, certaines variétés de bégaiement;

5° Que la section des génio-glosses, près de leur attache à la mâchoire, réussit quelquefois d'une manière presque complète, reste souvent sans aucun succès, et que souvent aussi elle se borne à diminuer manifestement l'infirmité.

Tels sont, dans toute leur *crudité*, les résultats que j'ai obtenus moi-même des diverses opérations que j'avais imaginées, et que j'ai mises en pratique jusqu'ici.

Reste à savoir si les faits se sont présentés sous des couleurs différentes aux autres praticiens. A en juger par ce qui a été écrit, et par ce que j'ai pu voir de mes propres yeux, la glossotomie n'a pas plus fait merveille ailleurs qu'à l'hôpital de la Charité. En effet, M. Phillips, qui l'a mise le premier en usage à Paris, écrit (*Bull. de Thérap.*, mai 1841) qu'elle est fort dangereuse, qu'elle ne réussit pas plus de cinq fois sur cent. M. Jobert m'a dit n'avoir réussi qu'une ou deux fois sur vingt; M. Monod avoue que son malade n'est point guéri; celui de M. Roux bégaie un peu plus qu'auparavant, et M. Paul Guersant dit en avoir opéré 14, sans en avoir guéri un seul. M. Colombat, qui en a opéré 8, n'a pas été plus heureux. Un médecin distingué de Lyon, M. Levrat aîné, m'a dit, le 3 juin, que les nombreux bègues opérés dans la seconde ville de France, allaient comme au sein de la capitale, les uns bien, les autres passablement, le plus grand nombre comme avant l'opération. Reste cependant la pratique de deux opérateurs, qui semblent faire ex-

ception à cet ensemble de résultats si conformes les uns aux autres. D'après leur dire, les deux opérateurs dont je veux parler, n'auraient eu aucun insuccès ; tous leurs malades seraient guéris. Ayant publié et fait publier dans divers journaux des résultats si complètement différens de ce qui s'est passé sous nos yeux, ces chirurgiens nous eussent véritablement étonné s'ils ne nous avaient déjà mis en mesure, par leurs prétentions extra-scientifiques, et par leurs réclames dans les feuilles politiques ou littéraires, relatives au strabisme, d'apprécier le degré de confiance que méritent leurs assertions.

J'ai d'ailleurs vu nombre de malades opérés par eux, et aucun n'est véritablement guéri ! Plusieurs ont cessé de bégayer immédiatement après l'opération, puis le bégaiement s'est rétabli comme chez les nôtres.

Un des bègues opérés par M. Baudens a éprouvé des accidens inflammatoires assez sérieux pendant plusieurs semaines, et cet homme, qui était *bredouilleur* plutôt que bègue, ne parle guère mieux aujourd'hui qu'avant l'opération. Deux autres hommes, opérés au Gros-Caillou, continuent également de bégayer. M. Marchal, M. Bouvier, et une foule d'autres chirurgiens, m'ont dit avoir vu nombre de malades opérés par M. Amussat, et qui bégayaient également encore. J'ai vu moi-même trois des opérés de ce chirurgien, tout aussi infirmes au bout de deux mois qu'avant d'être opérés. L'un d'eux, habitant de Boulogne, que j'ai vu à l'hôpital de la Charité, n'a plus voulu entendre parler de secours chirurgicaux. Un autre, qui se croyait un peu mieux, a voulu être opéré de nouveau, et se croit aujourd'hui entièrement guéri, quoiqu'il bégaie encore un peu. Je me suis, en outre, informé de l'état des choses près des mes collègues,

membres de la commission pour le bégaiement, à l'Académie de Médecine ; je les ai questionnés l'un après l'autre, de semaine en semaine, et tous m'ont dit qu'ils n'avaient encore rien vu de concluant, que chez quelques malades opérés devant eux par M. Amussat, une certaine amélioration s'était prononcée immédiatement ; mais que chez le plus grand nombre la section des muscles génio-glosses n'avait absolument rien produit d'avantageux ; d'où il suit que c'est sans doute par inadvertance, ou par suite d'une illusion inexplicable, que ce chirurgien proclame partout des résultats plus heureux que ceux dont il a été question plus haut.

Quant aux *accidens*, les plus graves qui eussent été mentionnés appartiennent à M. Guersaut, qui les a racontés avec une extrême franchise, et dont la bonne foi devrait ici servir d'exemple. Outre qu'aucune des opérations de ce chirurgien, n'a complètement éteint le bégaiement, il a signalé de plus le cas d'un jeune homme chez lequel l'hémorrhagie s'est renouvelée sept à huit fois malgré le tamponnement, la compression, la glace, les styptiques, voire même la cautérisation avec le fer rouge, et qui est resté près de quinze jours, dans un état extrêmement alarmant. Un autre opéré, jeune ouvrier d'ailleurs bien constitué, eut également une hémorrhagie assez abondante, pour que M. Guersant me priât de l'admettre dans mon service, où l'hémorrhagie s'est encore renouvelée deux fois, mais qui a fini par se rétablir en conservant, du reste, son infirmité tout entière.

Un vétéran opéré par M. Amussat, eut une inflammation très violente du plancher de la bouche avec boursouflement de la langue, réaction fébrile et menace de phlegmon diffus sous la mâchoire. La difformité s'est retrouvée comme avant l'opération, après l'extinction de ces accidens. Des hémor-

rhagies inquiétantes ont également eu lieu entre les mains de ce chirurgien; j'ajouterai enfin qu'un de ses derniers opérés est mort des suites de l'opération.

Il est donc évident que les opérations pratiquées pour remédier au bégaiement, n'ont réussi jusqu'ici, que très imparfaitement, et qu'elles ne sont pas sans danger, pas plus sous la direction de M. Amussat, qu'entre les mains des autres chirurgiens. Et comment en serait-il autrement? M. Amussat n'a opéré jusqu'à présent, la section des muscles génio-glosses que d'après deux méthodes distinctes, 1° près de leur racine d'après la méthode que j'ai imaginée, 2° entre la face inférieure de la langue et le plancher de la bouche, c'est-à-dire, par la méthode de M. Phillips. L'excision des glandes sublinguales, qu'il dit ajouter à la section des muscles, est une sorte de plaisanterie qui ne mérite certainement pas qu'on en fasse mention. Quant à l'isolement ou à l'excision de quelques faisceaux charnus qu'à l'instar de M. Lucas, il recommande aussi, cela ne peut certainement pas changer la nature des résultats. Reste donc à s'expliquer comment M. Amussat, qui, nous ne pouvons en douter, ne dit que ce qu'il croit avoir vu, avance avec tant d'assurance et répète, quoi qu'on lui dise, des choses aussi complètement contraire à la réalité des faits. Comment ces opérations, qu'il nous a empruntées, en se les attribuant, auraient-elles plus de succès entre ses mains qu'entre les nôtres? Peut-être y aurait-il moyen après tout de se rendre compte d'un aussi singulier langage. Presque tous les bègues qu'on opère sont les premiers à se faire illusion.

Vous les entendez tous ou presque tous dire qu'ils ne bégaient plus, qu'ils parlent avec la plus entière liberté, qu'ils sont complètement guéris, quoique leur infirmité

n'ait été que médiocrement affaiblie ! Il n'est pas jusqu'à ceux qui restent au moins aussi bègues qu'avant l'opération, qui viennent vous dire, avec une assurance imperturbable, qui a quelque chose de bouffon, que leur parole est devenue très libre, qu'ils sont beaucoup mieux. Pris dans de certains momens, ils prononcent en effet sans hésiter des mots, certaines phrases isolés qu'ils ne pouvaient pas prononcer auparavant, si bien qu'en les examinant de la sorte, on peut très bien croire qu'ils sont guéris ou presque guéris. Si j'avais voulu rédiger mes observations dans un pareil esprit, sur 17 opérés, j'en aurais 12 de guéris, et 4 de manifestement soulagés, car il n'y en a qu'un qui avoue être aussi bègue qu'avant l'opération. Je dois même ajouter que j'en ai contrarié plusieurs, en leur soutenant en face qu'ils bégayaient encore, qu'ils se moquaient de moi en m'annonçant leur guérison. J'ai compris par là qu'en y mettant *de la bonne volonté,* un chirurgien qui se serait fait *l'avocat* de l'opération, au lieu de s'en tenir à la simple observation des faits, peut aisément s'en imposer à lui-même, et croire qu'il dit vrai, quand il affirme avoir guéri tous ses opérés. Remarquons en passant que, dans les sciences d'observation, c'est un grave défaut, une marche très dangereuse, que de traiter une question quelconque à la manière des avocats. S'étant dit que l'opération doit réussir, quelques chirurgiens ont pensé qu'ils devaient, à tout prix, le faire croire aux autres. Ils en ont, dans ce but, masqué les inconvéniens, caché les dangers ; ils lui ont attribué une efficacité qu'elle n'a pas, et en ont singulièrement exagéré l'efficacité réelle. Trop avancés dans cette voie, ils croient de leur honneur d'y rester. Leur amour-propre les empêche de reculer, et leur illusion est telle qu'ils

continuent de tromper les malades et leurs confrères. Le simple observateur n'éprouve point ces embarras. Si l'opération a du succès, il le constate, après avoir pris toutes les précautions possibles pour ne point s'en laisser imposer ; si elle échoue, il le voit et le dit avec la même impartialité. Le bien, le mal, les guérisons, les améliorations, les insuccès, l'innocuité, les dangers, tout est noté par lui avec le même soin, et le fait qu'il transmet au public est alors montré dans toute sa réalité, qu'il satisfasse ou qu'il ne satisfasse pas les besoins de l'humanité. Agir autrement, c'est se mettre sur la même ligne que les marchands et les industriels qui veulent, à tout prix, montrer les objets sous de belles apparences, afin d'attirer les chalands et de tirer le plus de lucre possible de leur négoce.

On va voir, au surplus, que les faits constatés en Angleterre diffèrent fort peu de ceux qui ont été recueillis en France. Comme il est utile de laisser voir le vague où l'on est encore sur ce point, j'ai pensé que, malgré leur *décousu*, les articles qui vont suivre, et qui ont été traduits des journaux de Londres, par M. Giraldès, devaient être rapportés ici textuellement. L'écrit de M. Braid, de Manchester, fera voir d'où ce chirurgien est parti, en imaginant son opération qu'il dit avoir pratiquée dès le mois d'octobre, près de trois mois par conséquent, avant la première tentative de M. Dieffenbach. On verra, par l'article de M. Yearsley, que ce praticien croit aussi avoir l'antériorité sur le chirurgien de Berlin. Viennent ensuite les observations de M. Lucas, où l'on remarquera qu'opérant le 23 février, par la méthode que M. Phillips avait tentée le 6, ou celle que j'avais mise en usage le 14 du même mois, ce chirurgien aurait dû ne pas s'en donner comme l'inventeur, et que le procédé qu'il

dit avoir imaginé et mis en pratique le 1[er] mai, est encore le même que celui employé par moi, vers le 20 avril, pour remplacer l'excision dorsale de la langue, c'est-à-dire la méthode de M. Dieffenbach. Le plus curieux de ces divers aticles m'a paru être celui qui reproduit une séance de la société médicale de Londres. C'est là, en effet, que les succès *merveilleux* racontés par chaque inventeur en particulier, se trouvent réduits à leur juste valeur.

M. B. Lucas.

« Patrick Héron, âgé de 23 ans, est bègue depuis long-temps. Ce malade bégaie surtout les noms composés de consonnes labiales : Il éprouve en même temps une grande difficulté à prononcer les mots composés des consonnes qui exigent l'application de la pointe de la langue contre le bord alvéolaire supérieur, tels que *doctor*, *butter*, *clap trup*.

« La voûte palatine de cet homme est étroite et fortement arquée : dès-lors la langue éprouve quelque difficulté à s'appliquer contre cette partie.

« Lorsqu'il prononce les mots commençant par un *d* ou un *t*, il porte la pointe de sa langue contre la partie inférieure des dents, comme on le fait en prononçant le mot *that*, et, lorsqu'il prononce le mot *tra*, il le fait comme si ce mot se prononçait *thea* (dcéa); il le bégaie en prononçant *th-th,-th,-thea*. M. Lucas opéra ce malade, le 23 février, on présence des docteurs Lilburn, Pettigrew, Hugh Davies, etc. Il divisa, avec des ciseaux, le muscle génio-glosse, après avoir fait une incision à la membrane muqueuse de la bouche, en ayant soin d'éviter le canal de Warthon. Le sang qui

s'est écoulé provenait des veines et retarda un moment le temps de l'opération, laquelle fut promptement terminée.

« Après que le muscle fut divisé, la liberté de la langue devint plus grande, et il pouvait alors la tourner dans tous les sens et prononçait de la manière ordinaire les mots composés de *d*, *l*, *n*, *t*; cependant, la prononciation des consonnes labiales ne s'est pas améliorée.

« 26. Le malade n'éprouve plus d'agitation dans la langue. Dans l'acte de la parole, l'organe est beaucoup plus assuré; il peut maintenant porter facilement la langue contre la voûte palatine et contre le bord alvéolaire; il prononce tous les mots qui exigent que la langue soit portée dans cette direction. Les lèvres de la plaie faite à la membrane muqueuse sont écartées de quatre à cinq lignes, et l'intervalle laissé par la division des muscles génio-glosses est rempli par de la lymphe. Les ouvertures des conduits de Warthon conservent leur position normale; le malade n'éprouve pas de douleur, et il est très content de s'être soumis à cette opération. — *Mars* 2. La plaie est presque guérie; il n'y a presque plus de frein à la langue. Le malade conserve la même liberté dans les mouvemens de cet organe, et il prononce sans difficulté les noms *doctor*, *rom*, *real*. Cependant, il éprouve quelque difficulté en prononçant le mot *trap*. Si on l'examine au moment où il prononce ce nom, on remarque que la langue est déviée comme tordue en haut et à gauche.

« *Mars* 3.—William Clarkson, âgé de dix-huit ans, est bègue depuis onze ans. Ce malade ne peut pas prononcer les mots qui commencent par un *t*, *d*, *n*, *l*, etc., sans éprouver beaucoup de difficulté; cependant, s'il fait une forte inspiration

avant de prononcer un des mots qui commencent par une de ces lettres, il les prononce alors sans difficulté ; mais, dans la suite de la conversation, il a une grande hésitation, et le bégaiement devient très pénible.

« Son palais est étroit et profond ; sa langue est bien conformée ; toutes les fois qu'il est obligé de porter la pointe de cet organe contre le bord alvéolaire supérieur, il est obligé de fermer la bouche ; et il nous dit qu'il ne peut la porter avec force, ni contre le palais, ni contre le bord alvéolaire, Lorsqu'il veut sortir la langue de la bouche, en gouttière, il ne peut y parvenir, et l'organe est comme s'il était coupé. Il se plaint de souffrir en causant, et il rapporte la douleur à la partie inférieure du sternum.

« J'ai divisé la membrane muqueuse correspondant au muscle génio-glosse, j'ai mis à découvert ces muscles et je les ai divisé par une incision triangulaire dont la base correspondait à la membrane muqueuse ; j'ai de plus divisé quelques autres fibres de ces muscles, qui bridaient les mouvemens de la langue vers la partie supérieure. La membrane muqueuse ainsi que le tissu cellulaire étant divisé, on voyait à découvert quelques grosses veines et un rameau du nerf lingual, on chercha à éviter les artères ranines. Après l'opération, le malade s'est plaint d'une douleur accompagnée de tintement qui prenait naissance dans la plaie et se prolongeait derrière le lobule de l'oreille, ce qui provient sans doute de la section de quelques filets de la cinquième paire ; cette douleur a disparu.

« 6. Le malade éprouve une amélioration très sensible, ses maîtres trouvent une graude différence dans son parler et le font répéter le mot hyppopotame, qu'il prononce maintenant

sans hésitation. Avant l'opération, on le plaisantait sur ce qu'il ne pouvait pas prononcer ce mot : la plaie est fermée; une couche de lymphe plastique en sépare les bords.

« *Mars*, 6.—Ch. Wills Charles, âgé de 16 ans, bégaie depuis sa naissance ; la pointe de sa langue se trouve très bornée dans ses mouvemens ; le frein est aussi très court ; l'organe est lui-même très petit et ses mouvemens très irréguliers, il ne peut toucher les arcades alvéolaires sans que sa bouche soit à plus de moitié fermée, et toutes les fois qu'il essaie d'y parvenir, la bouche étant ouverte, le frein de la langue se trouve très tendu ; la voûte palatine est très arquée et très étroite à sa partie antérieure. Le malade éprouve beaucoup de difficulté à prononcer les mots qui commencent par un *t*, *n*, *d*, surtout s'ils sont formés d'une seule syllabe *to*, *no*, *die*, si au contraire il y a une succession de syllabes, commençant par une de ces lettres, il éprouve une grande difficulté à prononcer la première syllabe ; lorsqu'il les prononce, les autres syllabes se suivent avec facilité dans le mot *tutotaler*, il prononce *t t t t totaler*, et dès qu'il a prononcé le premier mot, il continue sans difficulté une phrase composée de mots formés avec des *t*, il ne peut pas non plus prononcer les mots formés par les lettres *v*, *s*, *b*, dans lesquels l'action des lèvres est nécessaire.

« Aidé de M. Davies, Cameron, Sharpe, j'ai opéré ce malade, et cette fois j'ai encore enlevé une portion du muscle génio-glosse ; pendant l'opération, le malade s'est plaint d'une douleur partant de la plaie et se rendant à l'apophyse mastoïde, douleur qui a disparu. L'hémorrhagie fut peu abondante et pendant l'opération on voyait une des veines sublinguales très distendue, ainsi qu'un gros rameau du nerf lingual.

« L'amélioration devint très apparente. 8. Il prononce très bien les mots qui exigent que la pointe de la langue soit portée contre les arcades alvéolaires supérieures ; il les prononce sans la moindre hésitation, et ses amis ont surtout remarqué le changement que sa manière de parler a éprouvé; il peut maintenant appliquer la pointe de sa langue contre la partie supérieure de la bouche, ce qu'il ne pouvait pas faire avant l'opération. Lorsque je lui ai demandé si l'opération l'avait fait beaucoup souffrir, il me répondit sans bégayer, *non;* en continuant à le faire causer, il bégayait encore autant quand les mots exigeaient l'emploi des lèvres, comme *for because*.

« Les bords de la plaie sont écartées et couverts d'une lymphe jaunâtre. Les orifices des conduits de Warthon sont plus rouges et plus gonflés, le malade n'éprouve pas de gêne dans la bouche.

« *Mars* 6.— James Woodroffe âgé de 30 ans, bègue depuis long-temps, bégaie au mot *yes* et à ceux composés des lettres *t, d, o, l,* il éprouve beaucoup de difficulté à prononcer le mot *Liverpool*; de même que la lettre *s*. Lorsque cependant ces mots sont précédés d'autres lettres il n'éprouve pas de difficulté. Sa langue est longue et large; son palais très arqué et étroit; dès le moment qu'il commence à prononcer le mot *any*, sa langue se jette obliquement entre les dents et les joues et reste un moment dans cette position; elle reprend ensuite sa direction normale et le malade bégaie jusqu'à ce qu'il prononce le mot qu'il désire : les mouvemens de la langue sont très irréguliers, il peut chanter sans bégaier, et il dit qu'il éprouve une grande difficulté lorsque surtout il veut se moquer d'un autre bègue.

« Il se plaint d'éprouver des douleurs à la partie inférieure du sternum toutes les fois qu'il éprouve de l'hésitation dans la parole. Dans ce cas, j'ai réséqué une portion du muscle génio-glosse. Cette opération fut pratiquée en présence des docteurs Browne et Moran et de MM. Davies, Woodward et Becket.

« Après l'opération le malade prononça facilement des phrases entières, ce qu'il ne pouvait faire avant l'opération. De plus il répétait toutes les lettres de l'alphabet ; il hésitait un peu à la lettre *l;* il contait bien d'un à 20. Il hésitait au nombre 13, *thirteen;* il assure que cette espèce de gêne qu'il éprouvait au creux de l'estomac n'existe point.

« *Mars* 6.—William Wilson, 20 ans, bègue depuis sa naissance, éprouve beaucoup de difficulté à prononcer les mots composés de *d*, *t*, *n* et *s*. Lorsque ces mots sont précédés d'autres que le malade prononce sans bégayer, il les prononce alors sans difficulté.

« Sa langue, ainsi que la voûte palatine, sont bien conformées ; il ne peut appliquer la pointe de la langue contre le bord alvéolaire, à moins que sa bouche ne soit presque fermée. Si, par exemple, la bouche est fermée et que les dents se touchent, il peut porter sans hésitation la pointe de la langue contre les alvéoles et prononcer les mots composés par les lettres mentionnées.

« Après l'opération, le malade lisait couramment une phrase complète, composée avec des mots formés par les lettres indiquées.

« 8. Les lèvres de l'incision sont largement écartées. Il prétend que sa langue est beaucoup plus libre ; il peut porter la pointe de l'organe contre le bord alvéolaire supérieur,

sans que la bouche soit fermée; il prononce sans difficulté des mots composés des lettres *d*, *t* et *n*; mais il n'en est pas de même des consonnes labiales dont la prononciation n'est pas améliorée.

« *Mars* 6.—William Smith, 21 ans. Ce malade qui bégaie aux mots formés de *d*, *l*, *t* et aux lettres labiales, ne peut pas porter la pointe de sa langue plus loin que dans le cas de Wilson. Il éprouve quelque douleur dans le thorax, s'il parle quelque temps. Sa langue est bien formée et sa voûte palatine n'est pas très arquée. J'ai divisé les muscles génioglosse en présence de MM. James Wardrop jeune et Cameron. Cette fois il n'y eut pas une amélioration si marquée; il peut cependant porter plus loin qu'il ne le faisait avant la pointe de la langue, et cet organe est beaucoup plus libre.

8. Il prononce les mots avec moins d'hésitation, il répète sans bégayer le mot hippopotame. Il compte seulement depuis 1 jusqu'à 40, et il hésite un peu au mot *thirty*, 30. Il répète l'alphabet, et c'est seulement à la lettre *k* qu'il bégaie un peu. Il n'éprouve plus dans la poitrine la douleur qu'il y éprouvait. Lui ainsi que ces amis trouvent qu'il est beaucoup mieux qu'avant l'opération.

« M. Lucas opéra cinq autres malades, avec des résultats variables, à l'hôpital. (Mars 9, 1841.)

« Dans l'un le frein de la langue était très tendu, toutes les fois que le malade portait l'organe contre la voûte palatine ou contre les joues. M. Lucas coupa le frein de la langue, mais il n'obtint pas de résultat.

« Le malade n'était pas tenté de subir d'autres opérations. (*Provincial medical and chirurgical journal*, 13 mars 1841, page 369.) »

Ainsi, jusqu'à présent, de l'amélioration, mais pas une guérison complète, et il ne s'agit encore que des suites immédiates de l'opération! —C'est exactement comme dans ma propre pratique!

« Pour comprendre la nature du bégaiement, dit M. Lucas, il est nécessaire de connaître exactement la structure, les connexions ou les rapports, ainsi que les usages des différentes parties de l'appareil de la phonation, surtout lorsqu'il s'agit de remédier, à l'aide d'une opération chirurgicale, à une infirmité contre laquelle les différens moyens conseillés ont échoué. Il n'est pas étonnant dès-lors que cette partie soit restée abandonnée, et que le charlatanisme à formes scientifiques n'ait pas manqué d'en faire son profit.

« En examinant un sujet de cette nature, il est clair que je dois m'arrêter aux parties les plus essentielles et surtout à la complexité de l'appareil de la phonation. Si une partie quelconque de ce système se trouve mal conformée, elle doit de toute nécessité entraîner une modification dans la voix. Or, comme les hommes distingués de notre profession, qui se sont le plus occupés de cette infirmité, n'ont basé leur opinion que sur l'examen d'une portion seulement de l'appareil phonateur, il n'est pas étonnant que les moyens qu'ils ont conseillés n'aient pas réussi.

« Dans l'examen d'un tel sujet, il se présente encore une autre difficulté, dépendante surtout de la nouveauté de l'opération chirurgicale proposée contre cette infirmité, et surtout des abus qui ont été commis par les coupeurs de langues et par des réséqueurs d'amygdales, qui promettaient toujours de grands succès, comme cela est arrivé pour l'opération du strabisme. L'histoire de cette opération est remplie de preuves qui viennent confirmer ces réflexions, nous donner

une preuve de l'abus qu'on peut faire d'une opération dans le seul but de compter un grand nombre d'opérés.

« C'est un rapprochement assez piquant à faire entre deux organes dont les fonctions sont de nature bien différente, l'œil et la langue, tous les deux soumis à des moyens opératoires dans le but de corriger un vice ou un défaut n'ayant pas rapport à la fonction de l'organe. Dans le premier cas, les muscles ont été divisés dans le but plutôt de corriger un défaut, que de remédier à la fonction de la vision ; dans l'autre cas, les muscles ont été coupés dans le but, non pas de modifier quelque chose dans le goût, mais pour remédier à la prononciation. Dans le premier cas, on obtient les plus brillans résultats en divisant le muscle affecté, tandis qu'il est douteux que la division des muscles de la langue donnent un résultat aussi positif. On peut affirmer que la section des muscles ne peut pas avoir une application aussi directe dans le bégaiement que dans le strabisme : la différence dépend de ce que les muscles moteurs de l'œil étant parfaitement distincts les uns des autres, on peut connaître très bien leur insertion, leur largeur et leur épaisseur. Le chirurgien peut, dès-lors, agir avec certitude lorsqu'il pratique une opération sur ces parties. Les muscles de la langue, au contraire, bien distincts à leur origine, ne le sont plus dans l'épaisseur de l'organe ; ils se serrent les uns contre les autres, se fondent pour ainsi dire dans le tissu de la langue de façon à rendre difficile la démonstration de leur terminaison, et en supposant qu'on parvienne à bien connaître leur disposition, il est douteux que cela fût utile pour l'opération du bégaiement. Il n'est pas possible dans un mémoire de cette nature, de rendre compte de la disposition de l'appareil phonateur, ainsi que des opinions existantes dans la science, sur la na-

ture et sur le siège du bégaiement, c'est au reste un point connu de tous les membres de cette société.

« J'indiquerai seulement les opérations que j'ai pratiquées dans le but de guérir ou de modifier le bégaiement. Je rappellerai aussi les autres opérations qui ont été pratiquées dans le même but. J'ai eu connaissance de cette opération par les essais tentés avec succès par M. Diffenbach, et le 23 février (1) j'ai eu occasion de la pratiquer sur le nommé Patrick Pléron. J'ai essayé dans ce cas de couper et de réséquer les parties qui s'opposaient à l'élévation de la pointe de la langue et à son application contre les arcades alvéolaires. Indépendamment des six cas déjà publiés dans ce journal, j'ai encore opéré douze autres individus. Mais je dois ajouter que parmi ceux-ci quatre n'ont retiré aucun bénéfice de l'opération, et que parmi les huit restant, trois furent guéris et cinq se trouvèrent très améliorés.

« J'ai opéré depuis un autre individu chez lequel l'opération eut un bon résultat. M. Mosely, âgé de 22 ans, est bègue depuis long-temps : son palais est étroit et profond; il ne peut pas porter la langue contre les arcades pendant que la bouche est ouverte, et lorsqu'il exécute ce mouvement, le frein de l'organe est très tendu; il bégaie toutes les fois qu'il prononce des mots qui exigent que la pointe de la langue soit portée contre le bord alvéolaire supérieur. Sa profession l'obligeant à prononcer distinctement le prix des marchandises, il éprouve alors une plus grande difficulté dans la prononciation des mots *nine and nine pences, nine and tèn pences, ten and nine pences.*

J'ai pensé que le frein de la langue était la cause de cette

(1) Une opération pareille avait été pratiquée le 6 février par M. Phillips, le 14, par moi, et le 17, par M. Roux : tous les journaux l'ont annoncé. V.

difficulté de prononciation, je l'ai dès-lors divisé, mais sans résultat. J'ai ensuite divisé et réséqué une portion des muscles génio-glosses, ce qui lui permit de prononcer exactement les mots dont il avait besoin. Cette amélioration fut bien constatée. J'ai vu ce malade quatre jours après, il prononce très bien les mots formés des lettres *d*, *l*, *t*, *n*, il est très content du résultat de l'opération (1).

« Trois semaines après, cette amélioration se soutient, quelquefois cependant il bégaie un peu, mais cela dure peu de temps ; ce malade était à l'hôpital depuis quatre mois pour un engorgement du testicule gauche, il avait une si grande difficulté à s'exprimer que je fus plusieurs fois sur le point de le renvoyer, ne pouvant pas comprendre ce qu'il me disait, et ce dont il se plaignait. J'ajouterai que les opérations pratiquées par MM. Amussat et Velpeau, donnèrent le même résultat que les miennes.

« Cette opération se recommande surtout par son extrême simplicité ; de plus elle est basée sur quelque chose de plus positif et surtout elle ne compromet pas les jours du malade ; voici le procédé que j'emploie. Le malade assis devant le jour, la tête est appuyée contre la poitrine d'un aide, je lui fais ouvrir la bouche et élever la langue, de façon que le frein se trouve tendu. Le plus souvent le malade peut conserver sa langue assez long-temps dans cette position pour permettre à l'opérateur d'agir ; si cependant il ne le pouvait pas assez long-temps, l'aide la tiendrait avec ses doigts. A l'aide de pinces ordinaires je saisis le filet. Les pinces sont tenues avec la main gauche, et avec la droite armée d'une paire de ciseaux pointues je divise la membrane muqueuse latérale-

(1) Je puis en dire autant de presque tous mes opérés. V.

ment et verticalement; cela fait, on aperçoit au fond de la plaie les muscles génio-glosses. D'autres fois cependant ces muscles se trouvent recouverts par du tissu cellulaire ou par un fascia, ce qui rend l'opération plus difficile; quelquefois, pendant ce temps de l'opération il y a une petite hémorrhagie provenant de la division des veines sublinguales. Il y a toujours une grande quantité de salive qui s'écoule des conduits de Warthon; si par hasard cette petite hémorrhagie pouvait retarder l'opération, il faudrait faire rincer la bouche du malade. Lorsque les muscles génio-glosses sont bien à découvert, je les saisis à l'aide de la même pince et j'en retranche, avec des ciseaux pointus, une portion triangulaire. Je préfère dans ce cas des ciseaux pointus, parce qu'on peut voir plus facilement ce qu'on fait; le volume de la partie réséquée dépend surtout des circonstances. Lorsque j'ai réséqué toutes les parties jugées nécessaires, je place dès-lors le doigt dans la place et je fais élever la langue au malade, par ce moyen je m'assure s'il reste encore quelque chose de tendu qui ait besoin d'être excisée. Le seul accident que j'aie vu suivre cette opération est une douleur accompagnée de tintement se prolongeant de la plaie à l'oreille; cette douleur dure peu de temps. Quelques jours après la plaie est guérie, et il ne reste plus de trace du frein.

« La division et la résection des muscles génio-glosses, dans le but de guérir le bégaiement, fut pratiquée dans ce pays, et je crois aussi en France avant qu'on connût les détails de l'opération pratiquée par M. Dieffenbach; c'est à M. Joseph Travers que nous sommes redevables de la traduction du mémoire que M. Dieffenbach envoya à l'institut. Le but de ce praticien était d'arrêter l'influence nerveuse propagée aux muscles de la langue, ce qui est, suivant lui, la principale

cause du bégaiement, et c'est, d'après ces données qu'il s'est déterminé à diviser la base de la langue dans plusieurs sens, afin d'arrêter cette influence nerveuse.

« Ses trois procédés remplissent évidemment les intentions de leur auteur ; néanmoins, on peut dire que la division de la base de l'organe échoue ; que la division sous-cutanée améliore quelquefois, lorsque le bégaiement est très prononcé, et enfin que c'est par l'excision horizontale, accompagnée de la résection des parties, que l'auteur de cette méthode a obtenu les plus brillans résultats. Quelques chirurgiens ne veulent pas admettre, avec Dieffenbach, que par cette opération la langue se trouve nécessairement raccourcie. Par suite de l'adossement des côtés de la plaie, le malade pourra en élever la pointe avec plus de facilité ; par ce moyen, la langue se trouve aidée d'une manière presque mécanique, et peut conserver cette position sur laquelle ont tant insisté les personnes qui cherchaient à remédier à cet infirmité ; l'exemple que M. Dieffenbach a rapporté était un des plus difficiles et des plus compliqués. J'avoue que dans un cas semblable je n'hésiterais pas à pratiquer cette opération, mais comme elle peut être suivie d'accidens très graves, avant de se décider à le faire, il faut y avoir mûrement réfléchi et surtout s'être éclairé des conseils des hommes habiles.

« J'ai, dans un seul cas réséqué les amygdales et une portion de la luette ; cette opération n'eut aucun résultat. Je regrettai ensuite de l'avoir pratiquée, par la raison que les amygdales ainsi que la luette ne peuvent avoir aucune influence pour produire le bégaiement, car s'il en était ainsi, nous serions tous les jours témoins d'individus devenus bègues par suite de l'augmentation de volume de ces parties.

«·J'ai omis d'indiquer l'opinion du docteur Arnott et d'autres praticiens qui prétendent que le bégaiement est le résultat d'un spasme de la glotte qui empêche le passage de l'air nécessaire pour la prononciation. Je pense qu'on a attaché beaucoup trop d'importance à une telle opinion, car en examinant des individus dans leur état normal, j'ai constaté qu'ils prononçaient aussi bien pendant l'expiration que pendant l'inspiration; si au contraire on examine des bègues dans le même but; on voit qu'ils bégaient aussi dans le premier cas comme dans le second. La bouche, les joues, les lèvres et la voûte palatine sont à mon avis les parties qui, dans ce cas, peuvent produire quelque modification; tandis que le thorax et le tube aérien ne sont que des parties très accessoires. Les différens individus que j'ai opérés se sont trouvés tous plus ou moins améliorés; parmi ceux chez lesquels l'amélioration ne s'est pas soutenue, je dois compter les malades à qui j'ai réséqué les amygdales et la luette. Je crois que cette amélioration momentanée est due à une impression faite par l'opération sur le système nerveux, et ces faits doivent mettre le public en garde contre ces *exhibitions* faites dans le but de faire paraître l'adresse de chacun. Et la science attendra encore avant de sanctionner l'une ou l'autre de ces opérations ou même de les rejeter. *Magna est veritas, et prævalebet.* (*Provincial medical and surgical Journal*, avril 3, 1841, pg. 12.) »

« 1 *avril* 1841. Thomas Young, âgé de 21 ans, forgeron, entra il y a quatre semaines à Metropolitan Free hospital pour être traité de son bégaiement. Ce malade fort et robuste désire ardemment être délivré de son infirmité. Il est bègue depuis très long-temps; toutes les fois qu'il essaie de parler,

il sort sa langue dans l'étendue d'un pouce entre ses lèvres, la retire, et la projette de nouveau plusieurs fois jusqu'à ce qu'il prononce ce qu'il désire. Cela a lieu non-seulement pour les lettres labiales, mais aussi pour les lettres palatines ; ses lèvres sont très épaisses, l'inférieure est pendante ; les ailes du nez et les lèvres sont dans un état spasmodique très prononcé, surtout lorsqu'il éprouve une grande difficulté à prononcer. La présence de personnes qui lui sont inconnues n'influence pas le malade ; il peut chanter ce qu'il veut dire ; mais il n'a pas une grande capacité pour exprimer ses idées par ce moyen.

« Son palais ne présente pas de modification anormale, il en est de même des arcades dentaires et des dents. Les amygdales sont dans l'état normal et ne passent pas les piliers du voile du palais. La luette est beaucoup plus longue que dans l'état normal, elle touche à la langue par son extrémité ; la langue est très volumineuse, mais bien conformée.

« Il ne se plaint point de douleurs au thorax ni de suffocation, ce qui rejette l'idée que l'infirmité est due, dans ce cas, à un spasme de la glotte.

« Avant d'essayer un procédé aussi grave que celui de M. Dieffenbach, j'ai voulu tenter l'emploi de moyens beaucoup plus doux et moins dangereux, et sans préjuger sur aucun des moyens conseillés, je fus naturellement conduit à employer celui qui m'a le plus souvent réussi.

J'ai placé l'index et le médius sur les côtés de la langue ; à leur aide j'ai forcé la pointe de la langue à se porter sans hésitation contre l'arcade dentaire supérieure ; dans cette position, j'ai dit au malade de prononcer les mots qui exigent que la langue soit ainsi placée et la prononciation se trouva modifiée.

« J'ai donc divisé complètement le bord antérieur du génio-glosse, j'en ai excisé une portion triangulaire, et plaçant ensuite mon doigt dans la plaie, et faisant au même temps élever la langue, j'ai excisé tous les tissus qui pouvaient mettre obstacle à ce mouvement. Au bout de peu de jours la plaie fut guérie, mais le malade n'avait éprouvé aucune amélioration.

« Cédant aux instances de quelques praticiens qui avaient observé le malade avant, j'ai excisé la luette à sa base, mais cette opération n'eut aucun résultat.

« J'ai dès-lors enlevé un portion de la langue à sa partie postérieure; cette opération fut pratiquée en présence de MM. Eland, Avery et Chance. Je me suis servi d'aiguilles à manche, courbées angulairement sur elles-mêmes; la forme de cette courbe était parabolique, sa largeur à partir de l'extrémité pointue jusqu'au point où la courbe faisait un angle avec sa tige, offrait un pouce et demi. La profondeur du rayon, un pouce; de plus, à l'extrémité elle était percée d'un chas, afin de pouvoir être armée d'un fil, de sorte que l'instrument introduit dans l'épaisseur de la langue, son extrémité, libre étant apparente, il embrassait dans l'aire de sa courbe une épaisseur de la largeur d'un pouce et demi sur un pouce de profondeur.

« J'ai procédé à l'opération de là manière suivante : le malade fut placé devant le jour, et sa tête tenue par un aide, avec le pouce et l'indicateur enveloppé de linge j'ai saisi la langue à l'extrémité, en la sortant le plus possible hors de la bouche, sans pourtant occasioner beaucoup de gêne au malade. J'ai plongé dans l'épaisseur de l'organe à son milieu et derrière sa moitié antérieure, une aiguille armé d'un fil; l'instrument en ayant traversé toute l'épaisseur, j'ai abaissé le

manche en exécutant un mouvement de bascule, afin de faire sortir la pointe après avoir fait parcourir à l'aiguille toute l'épaisseur de la masse charnue embrassée dans sa courbure. J'ai saisi avec des pinces l'extrémité du fil, afin de le sortir de la plaie ; ce temps de l'opération fut très pénible et très difficile ; le fil tendu sur l'aiguille avait de la peine à être saisi, et lorsqu'il le fut, il ne glissait pas dans la plaie, après quelques tentatives je parvins enfin à le sortir ; la langue ainsi tenue par l'aiguille plongée dans son tissu fut confié à M. Eland, j'ai saisi ensuite chacun de ses côtés et j'ai plongé dans son tissu deux autres aiguilles ; mais cette fois afin d'éviter les difficultés indiquées, le fil ne fut pas passé dans le chas de l'instrument, ces trois aiguilles contenaient dans la courbe qu'elles décrivaient toute l'épaisseur de l'organe qui devait être rétranchée, ainsi que les ligatures qui devaient servir à ramener les deux côtés de la plaie l'un contre l'autre. Cela étant fait, à l'aide de deux incisions j'ai retranché une portion prismatique de la langue, j'ai commencé l'incision postérieure à un demi-pouce des pointes de l'aiguille, et pour la partie antérieure à un demi-pouce aussi du point d'introduction ; ces deux incisions furent dirigées obliquement l'une vers l'autre, afin d'en tailler un véritable coin.

« M. Chance fit sur-le-champ un croquis des parties coupées.

« On eut soin d'administrer, avant l'opération, un laxatif. On porta le malade dans son lit, et on lui ordonna de la limonade tiède pour s'humecter la bouche. Le malade supporta très bien tout le temps de l'opération.

« 8 matin. Le malade est calme, le dos de la langue et la plaie sont couverts d'un caillot de sang ; il s'écoule une très grande quantité de salive et de mucus, pouls 78 ; les ligatures

se trouvant placées près de la racine de la langue, on peut à peine les apercevoir. Thé froid.

« *Avril* 2. Vingt-quatre heures après l'opération, le malade a bien dormi ; peau fraîche ; pouls 76 ; beaucoup de difficulté à avaler. Le mucus est sécrété en très grande abondance, le malade est obligé de le sortir de sa bouche avec son mouchoir, les bords de la plaie sont en contact ; la langue n'est pas gonflée. Une once d'huile de castoréum.

« 3. MM. Streeter et Chance vinrent voir le malade dans l'après-midi ; la langue est enflée à l'endroit de la plaie ; le malade n'a pas pu avaler le laxatif : pouls 90. Il n'a pas reposé la nuit dernière ; lavement cathartique.

« 4. pouls, 80, peau fraîche moite, langue moins enflée. Il peut avaler ; lorsqu'on lui demande s'il a dormi, il répond : *non*, monsieur (no sir), sans bégayer, le mucus est sécrété en moins grande abondance, il est encore très visqueux. Un peu de toux.

« 5. Les bords de la plaie sont réunis, les sutures ne sont pas relâchées, le gonflement de la langue a diminué : pouls 70. Le dos de la langue est couvert de mucus, il ne peut pas la mouvoir ; s'il veut parler, le spasme des lèvres recommence, mais avec moins d'intensité, le peu de paroles qu'il prononce et qui demandent l'emploi de la langue, il le fait sans bégayer : on ne peut pas encore juger le résultat de l'opération.

« L'hémorrhagie fut abondante immédiatement après la première incision : à la position des aiguilles et à la rapidité avec laquelle les fils furent ramenés au dehors, et serrés, le malade ne perdit pas plus de deux à trois onces de sang : j'ai placé une quatrième ligature afin d'empêcher la plaie de bâiller. La durée de l'opération fut de 20 minutes.

« A l'aide de trois ou quatre aiguilles de la nature de celles dont je me suis servi, on peut enlever la quantité suffisante de la langue, sans crainte d'hémorrhagie en introduisant l'instrument sans être garni de ligatures, et en tenant les fils tout préparés pour les passer dans le chas de l'aiguille : on peut faire cette opération en moins de cinq minutes.

« L'excision des parties étant terminée j'ai commencé par tirer le fil du milieu et ensuite successivement ceux du côté. L'hémorrhagie s'arrêta tout de suite après que les liens furent serrés. Les bords de l'incision furent pressés l'un contre l'autre, afin de permettre aux fils de serrer avec plus de facilité.

« 6. On enlève les ligatures. Pas d'hémorrhagie, pouls naturel. Il avale bien. Le dos de la langue est couvert d'un enduit qu'on retire avec une spatule; les bords de la plaie sont en contact, la langue légèrement enflée.

« 7. Le malade se promène, la langue se nettoie; il parle mieux, mais il y a encore de l'hésitation; le 20 on constate devant MM. Avery, Chance et Grey l'état du malade, et on remarque le temps qu'il met à prononcer certaines phrases. Il répète dans une seconde et demie, « Thomas Young, no sir », de suite; il met cinq secondes à prononcer « number 18, Hull's Place, John's room, St.-Luke's ». Il s'arrête un moment en prononçant « every man », et il met quatre secondes à dire : « I have not seen master Lucas since wednesday, etc. » On le fait lire dans une brochure et il lit plusieurs lignes composées de 200 lettres en soixante-cinq secondes une première fois, et en quarante-cinq une autre fois. Il éprouve encore de l'hésitation lorsqu'il commence à parler et sa parole est un peu embarbouillée.

« 25. Même état. Le docteur Burgest constate la position du malade.

« *Mai* 2. Il y a maintenant une grande amélioration, cependant le malade n'est pas guéri ; quelquefois il éprouve la même hésitation qu'avant l'opération. Il prétend qu'hier il eût beaucoup de difficulté à dire « ten shillings » ; on n'observe pas de spasme dans les lèvres et dans les ailes du nez.

Tels sont les résultats de cette opération que je soumets, sans y rien ajouter, à la méditation des praticiens ; depuis le moment qu'elle a été pratiquée jusqu'aujourd'hui, ce malade a été visité par plusieurs médecins, et j'ai eu le soin de leur montrer les choses telles qu'elles se sont passées, sans chercher à y rien ajouter. Avant l'opération il prononçait à peine le mot oui et non, et cela avec tant de difficulté que mon collègue, le docteur Lilburne, lui conseilla de repousser la langue en haut avec le doigt lorsqu'il prononcerait. Maintenant il parle lentement, il est vrai ; mais il parle de manière à se faire comprendre. Il est à désirer que cet état se continue. Cette opération fut pratiquée le 1er avril à Free Metropolitan Hospital. (*Provincial medical and surgical journal*, mai 8 1841, pag. 109.) »

Société médicale de Westminster.

M. Yearsley lit un mémoire sur une opération applicable au bégaiement.

« Ce médecin, dans presque tous les cas, a excisé la luette dans le but de confondre, dans une seule courbe, la double arcade formée par les piliers du voile du palais et par la luette ; toutes les fois que les amygdales sont augmentées de volume et dépassent les piliers, il enlève leur partie

exubérante et une portion de la luette; dans un cas il y eut une hémorrhagie qui dura quatre heures : l'opération n'a pas été suivie de résultats fâcheux.

« M. *Doeving* dit qu'il y a trois procédés opératoires conseillés contre le bégaiement : un par M. Dieffenbach, un autre par M. Yearsley et enfin le troisième par M. Lucas. Il a vu MM. Yearsley et Lucas pratiquer cette opération, et dans tous les cas avec succès; mais il ajoute qu'il n'y a pas encore assez de temps pour qu'on puisse les considérer comme ayant un résultat permanent; de plus des résultats favorables et *invariables* d'opérations de nature diverse le portent à penser qu'ils dépendent surtout du choc donné au système nerveux, et de la perte de sang. Le procédé de M. Lucas consiste à couper le frein de la langue et une portion du muscle génio-glosse; de plus, M. Lucas n'emploie pas son moyen dans tous les cas comme M. Yearsley semble le faire. Il s'informe d'abord avec soin des différentes circonstances qui ont produit le bégaiement, et il opère seulement les individus qui lui offrent des indications suffisantes. Dans les 14 cas opérés par lui, la langue était bridée soit par le frein ou par les parties sous-jacentes, et dans tous les cas, l'opération réussit (1); dans d'autres circonstances, les résultats furent momentanés, car le bégaiement revint; il ne comprend pas sur quel principe repose l'idée de retrancher la luette ou les amygdales pour guérir le bégaiement, et il pense que M. Yearsley a proposé cette opération comme un spécifique dont il ne reconnaît pas l'action, plutôt qu'à titre de moyen fondé sur des bases scientifiques convenables. Il ajoute que le mémoire et les observations ne sont pas assez détaillés.

(1) Voyez plutôt ce que M. Lucas en pense lui-même! V.

« M. *Alcock* a vu plusieurs malades opérés par M. Yearsley. Chez quelques-uns, il n'a pas eu de résultat favorable; chez d'autres, il y eut une réussite complète; dans quelques cas, les améliorations étaient douteuses, tandis que dans d'autres, elles étaient assez manifestes. Il était évident que, dans quelques cas, les guérisons n'étaient pas temporaires, et qu'elles ne dépendaient pas du choc imprimé au système nerveux comme M. Dowing le prétend, et encore moins de la perte de sang, car ces guérisons datent de deux et trois semaines. Il est d'avis que le bégaiement dépend de causes bien diverses, mais aussi il pense que l'opération de M. Yearsley peut quelquefois être pratiquée.

« M. *Marchall Hall* fait remarquer que les personnes qui ont pris la parole n'ont pas attaqué la question comme elle le demandait : on a beaucoup parlé de l'augmentation de volume des amygdales, mais on s'est fort peu occupé des propriétés fonctionnelles des organes. Or, il est connu que le volume des amygdales, que l'épaississement de la langue modifient beaucoup la voix, mais aucune de ces causes ne produit le bégaiement ; d'un autre côté, on a observé des bégaiemens occasionés, déterminés par un mauvais état de l'économie. Le docteur Bostock a rapporté, dans les *Médico-chirurgicales Transactions*, un cas de bégaiement guéri par un purgatif, et enfin, on en a observé chez les individus affectés de chorée. Ces faits prouvent qu'il y a dans ces cas plutôt une lésion fonctionnelle qu'une altération organique. La question qu'on doit agiter dans ce moment, c'est de savoir quel rapport il peut y avoir entre la résection de la luette et la guérison de cette infirmité.

« M. Hall a observé deux cas qui ont été opérés par ce procédé. Le premier, Philip Wyatt, bégayait beaucoup, et quand

on lui demandait son nom, il essayait en vain de prononcer *Ph*. Les efforts qu'il faisait excitaient des convulsions. L'opération fut pratiquée, et on lui demanda de suite après son nom, et il répondit : Philip Wyatt. Dans le second cas, le résultat était moins complet, mais cependant il était assez appréciable. Quel peut donc être la cause de ce résultat? est-ce en donnant à l'air un passage plus libre? je ne le pense pas. Dans un grand nombre de cas, il n'y a pas d'augmentation de volume de la langue ou des amygdales, la colonne d'air expirée n'a pas diminué d'intensité lorsque les mots sont bien prononcés, ou bien dans la prononciation des mots, tels que *v*, *d*, *s*, lesquels demandent le concours d'une colonne d'air non interrompue. Il n'y a pas non plus, comme le pense le docteur Arnott, une obstruction dans le larynx qui empêche le passage de l'air. Cet obstacle, on l'a rencontré, non pas dans les organes de la voix, mais dans les organes de l'articulation des sons, et dépendant surtout d'une action anormale de ces parties. Ainsi, en prononçant la lettre *b*, la bouche était fermée avec force par suite de la contraction des lèvres, et l'ouverture postérieure des fosses nasales se trouvant fermée par le voile du palais ; depuis long-temps, il avait attribué le bégaiement à une influence anormale de la moelle épinière, les bègues à la suite de chorée confirment cette opinion : il se demande maintenant si l'opération de la luette et la titillation qu'elle détermine par suite de son augmentation de volume ne peuvent donner lieu à une action réfléchie de la moelle épinière? Le vomissement provoqué par le titillement du gosier est produit par la même cause; dans ce cas la luette serait l'excitateur et le régulateur de la parole. Le bégaiement pourrait bien, dans quelques cas, être produit par les mêmes cir-

constances, ce qui pourrait permettre d'expliquer le résultat du procédé de M. Yearsley; M. Hall prie la société de considérer cette observation comme une simple hypothèse. Le volume de la luette pourrait fort bien n'avoir aucune influence pour produire le bégaiement, car, dans l'acte de la prononciation des lettres *b*, *t*, *a* et *s*, la luette se trouve relevée avec le voile du palais qui s'applique contre l'ouverture postérieure des fosses nasales.

« M. *Solly* pense que le procédé de M. Yearsley ne donne point prise aux objections de M. Downing, attendu que M. Yearsley a dit de quelle manière il pensait que son procédé devait agir, il pense que son mode d'action dépend de plusieurs causes. Ainsi la vocalisation est le résultat de l'action des muscles du voile du palais, lesquels, étant mis en jeu, soutendent les piliers de ce même voile, afin de produire la voix : lorsque cependant ces muscles sont dans une condition anormale, ils agissent convulsivement, et, dans le cas d'augmentation de volume des amygdales, ils ferment le passage de l'air. M. Chance pense que le bégaiement ne dépend pas de l'élongation de la luette, car cette affection est très commune, sans entraîner avec elle cette infirmité.

« M. *Robins* a vu les malades de M. Yearsley. Quelques cas ont réussi, d'autres ont échoué; dans l'un il y avait augmentation des amyglades et de la luette sans que l'ablation de ces parties ait produit le moindre résultat. Il n'a pas remarqué que les amyglades des bègues fussent plus développés, mais il pense que, dans quelques cas, on peut réséquer la luette.

« M. Yearsley propose qu'un de ses malades soit introduit et examiné par la société; cette proposition n'est pas admise.

« M. Lee lit un mémoire, résultat des observations qu'il a

faites à Londres et à Paris, il pense que, dans quelques cas, le bégaiement dépend d'une lésion physique, de l'augmentation de volume des amygdales, ou encore de ce que la langue est bridée par son frein et par les génio-glosses ; quelquefois d'un seul côté, ce qui peut faire dévier l'organe ; cependant il pense que le plus souvent il dépend d'un désordre dans le système nerveux. Plusieurs malades bégaient quelquefois d'une manière intermittente, quelques-uns se trouvent plus embarrassés lorsque l'atmosphère se trouve plus ou moins chargée d'humidité. A Paris beaucoup de malades sont guéris par une éducation particulière, mais dans ce cas le bégaiement peut quelquefois revenir. Il a remarqué à Paris moins de femmes bègues. Il fait observer, que dans beaucoup de cas les malades éprouvent une grande difficulté à porter la langue contre la voûte palatine; dans ces cas la division du muscle génio-glosse fut pratiquée avec succès. Les opérations qu'il a vu M. Yearsley pratiquer ont été quelquefois suivies de succès ; toutes les fois qu'elles ont échoué, il pense que la section du géniog-losse eût réussi, il a vu peu de succès résultant de la section du muscle génio-glosse, à moins que la division ne fût complète, ce qui le porte à croire que, dans beaucoup de cas, les nerfs n'étaient pas affectés. M. Velpeau excise avec succès, une portion triangulaire de l'extrémité de la langue.

« Le docteur *Q. T. Thompson* pense que le bégaiement est une affection nerveuse, et qu'il a beaucoup d'analogie avec la chorée ; il a rarement observé une lésion physique chez les individus bègues. Les cordes vocales ne sont pas affectées ; car les individus bègues peuvent chanter. M. Thompson pense que la division des muscles génio-glosses est le procédé le plus raisonnable. Mais il croit aussi qu'il ne peut pas être

employé dans tous les cas, et il ne peut comprendre quel résultat peut donner la section des amygdales et de la luette; de plus il ne voit pas sur quels principes ces procédés peuvent être basés. L'hypertrophie des amygdales est fréquente dans ce pays, et cependant on ne voit pas qu'elle détermine le bégaiement. Il connaît un exemple d'élongation de la luette; dans ce cas cette partie avait trois pouces de longueur. Elle gênait beaucoup la déglutition et le bégaiement n'avait pas été la conséquence de cette disposition; il pense qu'il est toujours le résultat d'une affection nerveuse et qu'on peut y remédier par le moyen d'une espèce d'éducation convenable, et que toutes les fois que cette infirmité a été guérie par une opération, le succès est dû plutôt à une certaine émotion, et à la confiance que le malade avait dans l'opérateur.

« Un *autre membre* pense que le bégaiement dépend d'une affection de la moelle, et que c'est peu raisonnable de le faire dépendre d'une action mécanique. M. Wade, quoiqu'il attribue cette affection à un état de l'énervation, pense que dans quelques cas une opération peut être utile. Parmi les malades qu'on a opérés, il en est quelques-uns qui se sont trouvés débarrassés de cette incommodité. Il a vu M. Yearsley exciser avec succès les amygdales et la luette; il peut se faire que l'augmentation de volume de ces parties déterminent le bégaiement.

M. Cull a vu quelques-uns des malades de M. Yearsley; dans un cas, le résultat fut immédiat; dans l'autre, il y eut peu ou point d'amélioration. Il ne pense pas que le spasme en soit la cause, car ceux qui s'habituent à bégayer par imitation n'ont pas de spasme nerveux; il pense plutôt qu'il dépend d'un manque d'harmonie dans l'action des paires de

nerfs. Il a observé des individus qui parlaient couramment et qui bégayaient toutes les fois qu'ils lisaient, et *vice versa*. Presque tous les cas peuvent être guéris par l'éducation; le secret que le gouvernement belge acheta à madame Leigh, pour la somme de 10,000 fr., consistait à placer sous la langue un petit rouleau de toile bien dur, afin de pouvoir élever la pointe de l'organe et de plus à prononcer certains mots d'une manière méthodique. M. Cull dit que l'opération peut détruire les mouvemens spasmodiques et qu'ensuite le traitement moral terminera la guérison. Le docteur Pimeuti prétend que toutes les fois que la luette a été enlevée à l'aide du bistouri, la membrane muqueuse a toujours une certaine tendance à s'enflammer, à se relâcher, et par conséquent à embarrasser la parole; il conseille plutôt d'enlever la luette à l'aide du caustique moyen qui appartient à M. Yearsley. M. Chance a vu M. Yearsley pratiquer cette opération, et il se prononce contre elle. Dans un des cas, la luette a été enlevée sans le moindre résultat; dans l'autre, le malade avait éprouvé quelques améliorations entre les mains de M. Lucas, mais le procédé de M. Yearsley ne donna aucun résultat.

» Le docteur *Chance* doute que le procédé de M. Yearsley soit utile; il pense que le bégaiement est une affection simplement nerveuse. (*Provincial medical and surgical journal*, avril 3, 1841, pag. 17.) »

On remarque évidemment le même vague ici que parmi nous.

Lettre sur le bégaiement, PAR JAMES BRAID, adressée au journal *the London Medical Gazette*.

« Votre dernier numéro contient deux mémoires sur la guérison du bégaiement au moyen de l'opération. Ces travaux

renferment des détails précieux sur la pratique ou sur les opinions de M. Yearsley et du professeur Dieffenbach sur ce point de chirurgie. La question de priorité s'y trouve de plus bien arrêtée; cependant la première opération de M. Yearsley remonte au mois de décembre dernier, tandis que M. Dieffenbach de son côté ne pratiqua cette opération que le 7 janvier 1841. Ma première opération remonte au mois de septembre dernier, par conséquent trois mois avant celle de M. Yearsley. Je faisais ressortir dans ma lettre que je vous ai adressée le 8 courant, cette coïncidence de plusieurs individus travaillant chacun de son côté sur le même sujet, presque dans la même direction, sans connaître, sans savoir ce que chacun faisait.

Les idées de M. Yearsley sur la nature du bégaiement et sur les moyens d'y remédier sont à peu de chose près les miennes; et après une lecture attentive de son travail, je n'y ai rien rencontré qui modifie l'opinion que j'avais émise dans la lettre citée, savoir que le bégaiement dépend de ce que la glotte ne se soulève pas suffisamment pour admettre la quantité d'air convenable et pour agir assez vite, afin de permettre une prononciation correcte. M. Yearsley, au contraire, pense que c'est l'air qui ne peut pas s'échapper, et de plus, que le rapprochement de la base de la langue contre le palais empêche son passage vers la partie antérieure de la bouche.

Je pense, au contraire, que même chez les individus qui bégaient beaucoup, il y a toujours une assez grande quantité d'air qui passe dans la bouche; que la contraction des lèvres refoule cette colonne de fluide contre la base de la langue et l'épiglotte au point de fermer l'ouverture du larynx, et de s'opposer à la sortie de l'air.

Je citerai comme preuve les individus qui bégaient, surtout quand ils prononcent les consonnes labiales et palatines ; dans le premier cas, par suite du refoulement de l'air de la manière déjà indiquée, et dans le second, par l'application de la langue contre le palais, ce qui produit en définitive le même résultat. On sait que les bègues peuvent souvent dire en chantant ce qu'ils ne diraient pas en parlant à la manière ordinaire, ce qui vient à l'appui de l'opinion que j'ai énoncée. Or, les procédés de MM. Dieffenbach, Yearsley, et le mien, tendent à mettre la glotte dans un état de liberté complète : le premier en ramenant en avant la base de la langue, et par suite l'épiglotte ; le second, en enlevant l'obstacle au passage de l'air, en retranchant les amygdales augmentées de volume, ou en permettant à la langue de pouvoir s'avancer, en coupant le frein qui la bridait à la partie inférieure ; ou bien en retranchant la luette, dont le volume et la longueur déterminent un châtouillement très marqué dans ces parties. Il faut reconnaître que le procédé de M. Dieffenbach est un moyen dangereux ; celui de M. Yearsley et le mien sont incomparablement plus simples. Les instrumens que j'emploie pour la section du frein de la langue, sont une paire de ciseaux à lame longue et étroite, et dans ce procédé, l'hémorrhagie est peu abondante. M. Yearsley se sert pour couper les amygdales d'un ténaculum et d'un bistouri ; mais je ne crains pas de dire que l'instrument le plus convenable pour cette opération, c'est un tonsillitome.

« Par le moyen de cet instrument les piliers du voile du palais sont protégés, et de plus il n'y a aucun danger de blesser l'artère carotide interne par suite d'un mouvement brus-

que du malade, ce qui pourrait arriver en opérant avec le ténaculum et le bistouri surtout chez les enfans.

Pour réséquer la luette je donne la préférence à une paire de ciseaux mousses et à une paire de pinces à polype ; à l'aide de ces pinces on tient la luette et on empêche la langue de remonter. M. Yearsley a montré qu'immédiatement après l'opération la voix éprouve une amélioration marquée, même chez les individus qui ne sont pas bègues, mais qui articulent très mal à cause du volume des amygdales; surtout chez les individus dont la voix est enrouée et gutturale, les changemens qu'ils éprouvent sont tellement prononcés qu'on aurait de la peine à y ajouter foi. J'ai pratiqué cette opération assez souvent pour pouvoir affirmer la vérité de ce fait.

Dans ma première lettre j'ai indiqué au nombre des remèdes pour les individus bègues, enroués, et chez lesquels ces états étaient occasionés par un relâchement continu, s'il y ajoutait toujours un état d'irritation de la muqueuse, je n'ai pas oublié d'indiquer le nitrate d'argent. C'est en solution ou en nature comme un moyen très important.

(*London Med. gazette* avril 1841, p. 116.) »

De tout cet exposé, on peut, il me semble, conclure que le bégaiement résiste, dans la plupart des cas, aux opérations quelles qu'elles soient, qui lui ont été opposées récemment. L'excision de la luette, réellement trop volumineuse, paraît avoir eu quelques rares succès entre les mains de M. Yearsley. M. Levrat, de Lyon, m'a dit aussi avoir guéri un bègue par cette opération dans un cas où une tumeur s'était emparée de la luette. L'enlèvement des amygdales doit être mis sur la même ligne que l'excision de la luette. Mais il est certain, d'un autre côté, que ces opérations sont complètement inutiles, lorsque les amygdales et la luette ne présentent rien

d'anormal, et chacun sait que c'est incomparablement le cas le plus fréquent chez les bègues, comme chez les autres hommes. D'ailleurs, qui n'a vu cent fois des amygdales énormes, une luette pendante sans la moindre apparence de bégaiement ?

La destruction d'un coin transversal de la face dorsale de la langue étant restée sans succès chez mon malade, de même que chez celui de M. Lucas, il est difficile d'admettre qu'elle soit constamment heureuse par la méthode de M. Dieffenbach. Comme elle constitue, en outre, une opération redoutable, il semble donc qu'elle doive être proscrite.

La section des muscles génio-glosses est encore ce qui reste de mieux. Il n'est point vrai que la langue des bègues soit ordinairement trop courte, ni déviée, soit à droite, soit à gauche, ni atrophiée d'un côté ou de l'autre. Le chirurgien qui, par ses *méditations profondes*, a inventé cela, n'avait fait qu'un rêve. Mais il est sûr que beaucoup de bègues ont de la peine à mouler le dos de leur langue sur la voûte du palais, ou trop creuse, ou figurée par une rigole trop étroite. Il est vrai encore que plusieurs d'entre eux ont le frein ou trop épais ou trop dur, ou trop étendu en avant; on comprend alors que la section plus ou moins prolongée en arrière de ce frein puisse donner une certaine liberté à la langue, et diminuer le bégaiement; on comprend de même qu'en détachant la racine des génio-glosses, on rendra l'élévation de la langue plus facile, et la parole plus libre. Aussi est-ce par ces deux opérations que les chirurgiens ont obtenu les quelques succès réels et les cas d'amélioration véritable, qui ont déjà été publiés par les hommes de bonne foi.

J'ajouterai néanmoins que le relâchement de la langue produit par ces opérations est presque impossible à main-

tenir. En effet, il s'établit comme cicatrice, entre les deux côtés ou les deux extrémités des muscles divisés, un tissu élastique dur, inodulaire, qui ramène presque inévitablement au bout d'un mois ou deux les parties dans leur première position.

Quoi qu'il en soit, le mieux s'est maintenu malgré ce travail chez les malades que j'ai indiqués en commençant. Quant au procédé à mettre en usage de préférence, il n'est pas temps encore de le dire absolument. Si les succès annoncés d'abord par M. Bonnet se maintiennent en grande proportion, la section des muscles génio-glosses par dessous le menton offrirait des avantages réels; mais il est à craindre qu'en prévenant toute suppuration, il ne permette aux tissus de se ressouder bien vite; et aussi qu'il ne provoque souvent un dépôt considérable de sang entre la bouche et la région sus-hyoïdienne.

La méthode que j'ai suivie, et qui consiste à pénétrer par la bouche pour couper ces muscles à leur racine sur la face postérieure de la mâchoire, sans atteindre le muscle génio-hyoïdien, et en ne donnant à la plaie qu'un centimètre et demi de largeur, expose à peu de danger, à une hémorrhagie légère, et paraît offrir tous les avantages qu'on peut raisonnablement attendre de la section des génio-glosses à leur point de départ. La division du frein de la langue est, du reste, encore moins dangereuse, si, pour l'effectuer, on a soin de porter les ciseaux ou le bistouri d'avant en arrière entre la ligne médiane et la ligne occupée par chaque artère ranine, sur un plan inférieur à ces artères et au-dessus des glandes sublinguales, des conduits de Warthon, c'est-à-dire obliquement d'avant en arrière et de haut en bas. Comme les muscles génio-glosses sont appliqués là en forme de

membrane l'une contre l'autre, on peut en porter la section très loin sans la moindre difficulté. Leur décollement, l'excision de quelques-uns de leurs faisceaux, n'auraient véritablement aucun but et n'ont pu être conseillés que pour multiplier les genres d'expérimentation.

Au demeurant, les opérations proposées contre le bégaiement n'ont encore rien donné de positif, d'absolument concluant. S'il est certain que plusieurs d'entr'elles exposent à de graves dangers, il ne l'est pas moins, d'un autre côté, qu'elles ont amené la guérison d'un certain nombre de malades, et qu'elles ont amélioré l'état de la plupart des autres. Je conclus dès-lors qu'il ne faut pas les rejeter toutes, qu'il en restera quelque chose dans la pratique, qu'il sera permis de songer à l'excision de la luette, à l'excision des amygdales hypertrophiées dans quelques cas, d'être moins timides qu'on l'était auparavant dans la section du frein de la langue chez les personnes qui ont la parole embarrassée, et que la division des muscles génio-glosses, près de leur attache à la mâchoire, pourra être tentée sans imprudence chez les bègues qui ont la voûte du palais très creuse ou courbée en rigole étroite, de même que chez ceux qui ont la langue trop raide, trop peu mobile par sa face inférieure; mais je proscris sans hésiter les opérations qui consistent à enlever des tranches de toute la musculature linguale à la manière de M. Dieffenbach; j'ajoute que les méthodes gymnastiques, imaginées, mises en pratique par M. Colombat, devraient être associées aux opérations dont je viens de parler, et qui ne paraissent pas dépourvues de quelque efficacité pour l'avenir.

Cette appréciation, que je crois juste, et qui ne conviendra point aux partisans exagérés de l'opération, sera sans

doute mal accueillie aussi par ceux que tout essai chirurgical scandalise ; mais qu'y faire ! — Le plus âpre de ces derniers a d'ailleurs besoin d'être mieux connu. Pour lui et *à priori* l'opération est absurde, pour qu'elle ne concorde pas avec ses élucubrations sur le mécanisme de la parole ! Il passe six séances à torturer vainement un malade affecté d'une ancienne luxation du coude, et il crie à la témérité, parce qu'un de ses confrères autorise la réduction d'une vieille luxation du fémur ! Laisser redresser une ankylose est une action atroce, et lui, il épuise inutilement la force de ses moufles sur un genou demi-luxé depuis près d'un an ! La souffrance des malades le fait frissonner de pitié, et il ne craint pas, en amputant une cuisse, de passer vingt minutes à pincer les différens tissus de la plaie, y compris le nerf sciatique, afin de montrer aux élèves le degré de sensibilité de chaque lamelle pincée ! ! Il incrimine ce qu'on fait aux louches et aux bègues, et lui, il n'hésite pas à tenter la cure radicale des hernies, à enlever une mâchoire simplement hypertrophiée, par des méthodes qui entraînent la mort ! ! Il parle sans cesse de franchise, de loyauté, et il va glisser furtivement ses diatribes sous le voile de l'anonyme, dans un journal consacré à l'industrie ! ! A qui donc prétend-il en imposer par des subterfuges aussi grossiers ? — A un groupe de jeunes prétendans que la paresse énerve, que l'envie dévore, que tout mouvement effraie ! — Ne dirait-on pas, en vérité, une fille de joie qui, pour se venger du dédain des hommes et donner le change sur ses déréglemens, revêt le costume d'une religieuse et vient ensuite attaquer sous ce masque la conduite et les mœurs des autres femmes ! ! —

Sic transit gloria mundi.

REVUE CHIRURGICALE.

De l'inoculation appliquée à l'étude des maladies syphilitiques.

M. Castelnau a publié dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* un mémoire du plus haut intérêt, soit par les faits et les vues qu'il contient, soit par la manière vraiment philosophique avec laquelle ils ont été exposés. Ce travail est divisé en trois parties distinctes qui forment autant de chapitres. Dans la première l'auteur se borne à constater les résultats fournis par l'inoculation des divers symptômes syphilitiques tant primitifs que consécutifs ; dans la seconde, il examine si ces résultats peuvent être de quelque utilité pour le praticien ; dans la troisième enfin il pose et résout la question de savoir si l'inoculation syphilitique est, ainsi qu'on l'a prétendu, exempte d'inconvénients.

Dans le chapitre premier, il ne fait que glisser sur les symptômes consécutifs, qui ne sont jamais susceptibles de s'inoculer, comme l'avaient démontré, depuis long-temps, les expériences de Hunter ; mais il insiste sur les symptômes primitifs, et, en particulier, sur le chancre et la blennorrhagie. Il résulte de ses recherches, ainsi que de celle de Hunter et de M. Ricord, sévèrement analysées, que le chancre primitif s'inocule presque toujours, surtout lorsqu'il est récent ; que néanmoins dans certaines circonstances, impossibles à prévoir d'avance, le chancre ne peut être inoculé. A ce sujet, il combat l'explication qu'on a donnée de ce fait singulier en l'attribuant à une transformation sur place, *in situ*, du chancre primitif en symptôme secondaire. Il n'y a, en effet, aucune raison d'admettre qu'un symptôme primitif soit transformé en symptôme secondaire, c'est-à-dire en symptôme résultant d'une infection générale de l'économie, par cela

seul qu'il n'est pas susceptible de s'inoculer. Dans une observation de ce genre que M. de Castelnau rapporte, le chancre possédait tous les caractères du chancre primitif; il était récent; il avait été contracté avec une personne qui avait des chancres; il y avait absence complète de tout autre symptôme secondaire, et enfin la malade jouissait d'une santé si parfaite, qu'il était impossible de la croire sous l'influence d'une infection syphilitique générale.

L'observation n° 2 prouve que la cicatrisation des chancres peut être commencée sans qu'ils aient perdu la propriété de s'inoculer; car il arrive le plus souvent qu'ils commencent à se cicatriser par la circonférence, tandis qu'au centre ils conservent encore leurs caractères spécifiques.

D'après certains auteurs, la matière fournie par les bubons suppurés ne serait jamais susceptible de s'inoculer; selon d'autres, elle s'inoculerait dans certains cas. L'auteur admet ce dernier résultat, mais il ne pense pas que l'on puisse se fonder sur lui pour établir la virulence ou la non-virulence d'un bubon.

Toutes les fois que les pustules muqueuses, ou tubercules plats, ne consistent qu'en de simples saillies lenticulaires, l'inoculation du liquide qu'elles sécrètent a constamment fourni un résultat négatif.

Arrivant aux faits relatifs à la blennorrhagie l'auteur divise ces faits en trois catégories :

1° On a voulu produire une seconde blennorrhagie par l'inoculation de la matière blennorrhagique, et ce résultat a été obtenu, non par le procédé de la lancette, mais par la simple application de cette matière sur une muqueuse;

2° On a voulu constater si le pus blennorrhagique pouvait produire des chancres, et des résultats contradictoires ont

été obtenus, ou plutôt on a donné des explications contradictoires de faits parfaitement concordants. Le plus souvent l'inoculation de la blennorrhagie donne un résultat négatif; mais quelquefois elle produit un chancre : c'est ce qui a été observé par Hunter dans deux observations qu'il rapporte, c'est ce qui a été vu par M. Ricord et par l'auteur lui-même qui en rapporte un exemple curieux. L'explication qui a été donnée de ce fait, en supposant des chancres dans l'urèthre, est rejetée par lui dans le champ du possible, mais bien loin du certain.

3° L'auteur range dans une troisième catégorie les cas, admis par tous les auteurs, où un chancre produit une blennorrhagie.

La conclusion de ces faits conduit l'auteur aux propositions suivantes :

1° Les matières fournies par les divers symptômes secondaires de la syphilis ne s'inoculent pas;

2° Le pus fourni par les chancres récens s'inocule presque toujours, et d'autant mieux que ceux-ci possèdent les caractères spécifiques qui les distinguent;

3° Quelquefois les chancres ne s'inoculent pas, quoiqu'ils conservent leurs caractères sans aucune altération appréciable;

4° Les chancres peuvent changer de nature en certains endroits, pendant qu'en d'autres points ils conservent la propriété de s'inoculer;

5° Le pus des bubons s'inocule, mais ce résultat n'est pas constant;

6° Le liquide fourni par les pustules muqueuses, lorsque celles-ci ne consistent qu'en de simples saillies de la peau, sans érosion de leur surface, n'a pu être inoculé;

7° La matière blennorrhagique appliquée sur une muqueuse saine peut y produire une blennorrhagie;

8° Par le procédé de la lancette, la blennorhagie a été le plus souvent inoculée sans produire de chancres, mais il n'est pas démontré qu'elle n'en produise jamais.

A la suite de ces propositions, qui terminent le chapitre premier, l'auteur arrive à discuter l'utilité de l'inoculation. Les conclusions auxquelles il est conduit ne sont que les déductions des faits précédemment établis. Ainsi, en ce qui concerne les accidens consécutifs, l'inoculation ne peut évidemment servir à rien, puisqu'elle donne toujours un résultat négatif, de même que toutes les affections avec lesquelles on pourrait les confondre. Or, comme c'est presque toujours dans les accidens consécutifs que le diagnostic est difficile à établir, c'est précisément dans ces cas qu'une inoculation positive aurait pu être de quelque utilité. Comme preuve que les symptômes consécutifs ne sont point contagieux, l'inoculation est tout-à-fait trompeuse, car elle n'est qu'un procédé de contagion, et il n'est pas dit qu'une maladie contagieuse doive être contagieuse par tous les procédés; et d'ailleurs il existe des faits incontestables qui prouvent la propriété contagieuse des symptômes syphilitiques consécutifs. L'auteur en ajoute un à ceux que possédait déjà la science.

Quant aux symptômes primitifs, M. de Castelnau, selon l'ordre précédemment établi, examine l'utilité de l'inoculation dans la blennorrhagie, les bubons, les tubercules plats et les chancres.

Une remarque générale que l'auteur a oublié de faire, mais qui ressort de tous les raisonnemens particuliers, c'est que l'inoculation ne peut servir qu'à une seule chose, à constater, lorsqu'elle est positive, la nature syphilitique d'une affection. Lorsqu'elle est négative, au contraire, elle ne peut conduire à rien. Si l'on admet en effet, et il serait absurde

d'avoir, avec Hernandez, une opinion opposée, que les symptômes syphilitiques consécutifs, quoique n'étant point inoculables, se développent cependant sous l'influence d'une infection spécifique générale, d'une vérole constitutionnelle en un mot, il est impossible de se fonder sur cette propriété négative pour rejeter la nature syphilitique d'une maladie quelconque. Ainsi en admettant, d'une part, que les symptômes de vérole constitutionnelle sont spécifiques quoique non inoculables, et, d'autre part, que certains symptômes primitifs ne sont pas spécifiques parce qu'ils ne sont pas inoculables, les partisans de l'inoculation sont tombés dans une contradiction manifeste. Comme conséquences de ce principe général, il résulte que les tubercules plats, que les bubons, que la blennorrhagie, que les chancres même peuvent parfaitement être syphilitiques sans être susceptibles de s'inoculer. La plus grande partie du chapitre second est consacrée à démontrer la vérité pour des symptômes primitifs en particulier. Quant à la question de savoir si un symptôme syphilitique est le résultat d'une infection générale, par cela seul qu'il ne s'inocule plus, c'est une simple assertion pour le moins fort hasardée, et qui ne mérite aucune discussion, puisqu'elle ne s'appuie sur rien.

Les conclusions suivantes terminent le chapitre :

Lorsqu'on a inoculé une affection quelconque, et que le résultat a été négatif,

1° On ne peut pas conclure que cette affection n'est pas syphilitique;

2° On ne peut conclure qu'elle constitue un symptôme de syphilis constitutionnelle ;

3° On ne peut pas conclure qu'elle n'est pas contagieuse.

Lorsque le résultat a été positif,

4° On doit conclure que la maladie inoculée est syphilitique.

5° Mais les cas dans lesquels l'inoculation est positive sont ceux dont il est le plus facile de reconnaître la nature par d'autres moyens que l'inoculation.

6° Lors même qu'il resterait des doutes sur leur nature, ce ne serait pas une raison pour pratiquer l'inoculation.

7° Enfin, l'inoculation est une chose inutile.

Dans le chapitre 3, l'auteur démontre les inconvéniens qu'entraîne la pratique de l'inoculation. Ces inconvéniens sont de deux sortes : 1° En augmentant le nombre des accidens primitifs, on augmente très probablement les chances d'infection générale, quoique l'on ait soutenu le contraire, sans d'autres raisons que le bon plaisir. 2° Les accidens déterminés par l'inoculation sont quelquefois plus graves que la maladie primitive elle-même, et, dans tous les cas, ils augmentent les souffrances des malades. Cela résulte non-seulement des deux observations que M. de Castelnau rapporte, et dans lesquelles, malgré des soins assidus, les chancres d'inoculation ont persisté bien après que les symptômes pour lesquels les malades étaient entrées avaient disparu, mais encore d'un relevé des observations de M. Ricord, dans lesquelles la durée moyenne des chancres d'inoculation a été de vingt-sept jours.

L'auteur qui a bien vu les faits, puisqu'il a longtemps exercé à Lourcine, résume ainsi ce chapitre et tout le mémoire :

1° Selon toutes les probabilités, l'inoculation des symptômes primitifs augmente les chances d'infection générale ;

2° Elle produit toujours des accidens locaux, qui ont toujours des inconvéniens, et qui sont quelquefois très graves;

3° Enfin, conclusion finale, l'inoculation est une pratique inutile et nuisible.

V. de C.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

DE L'AMPUTATION COXO-FÉMORALE,

Mémoire présenté à l'Académie des Sciences, le 5 juillet 1841,
par le docteur C. SEDILLOT.

L'amputation coxo-fémorale date à peine du milieu du siècle dernier, et n'a été véritablement acquise à la pratique de l'art, que depuis les beaux travaux de l'un des plus illustres chefs de la chirurgie militaire, le baron Larrey.

Cette opération, des plus graves et des plus effrayantes de la chirurgie, compte encore trop peu de succès, pour qu'on n'en accueille avec intérêt de nouveaux exemples, et par une circonstance, toute fortuite sans doute, mais curieuse, jamais jusqu'à nous, elle n'avait réussi à Paris, malgré l'incontestable talent des hommes qui l'y avaient mainte fois exécutée.

L'étude la plus attentive de toutes les observations d'amputations coxo-fémorales que possède la science, nous a conduit, en outre, à un résultat aussi imprévu que remarquable; il nous a semblé manifeste qu'une des conditions essen-

tielles de la guérison avait été complètement ignorée, et que la règle générale de pratiquer immédiatement les amputations des membres devait subir une exception pour la désarticulation de la cuisse. Cette révélation inattendue, basée sur l'expérience, sera de la plus haute importance, si l'on en confirme la justesse, car elle arrachera à une mort à-peu-près certaine, des malheureux que nous amputons chaque jour, sur les champs de bataille, peu d'instans après leur blessure, et que nous pourrons désormais sauver, en attendant pour les opérer, la cessation des premiers accidens inflammatoires, et l'époque où la suppuration sera établie.

Ce fut en 1739, que Morand le premier fit présenter, par deux de ses élèves, Wolher et Puthod, à l'Académie de chirurgie, un Mémoire sur la *désarticulation coxo-fémorale*, dans lequel il cherchait à en démontrer la possibilité, et ce travail obtint un rapport favorable de Ledran et de Guérin le fils.

En 1743, Ravaton proposa de pratiquer cette amputation sur un gendarme de la garde, pour une fracture compliquée du fémur près du grand trochanter, mais ayant convoqué, comme il le raconte, d'habiles chirurgiens, pour s'éclairer de leurs conseils, les uns approuvèrent, les autres rejetèrent l'opération, qui ne fut pas faite; et le malade, abandonné aux ressources de la nature, succomba quelques jours après.

En 1748, Lalouette soutint une thèse sur le même sujet, que l'Académie mit au concours en 1756, puis de nouveau en 1759; elle accorda, cette fois, le prix au mémoire de Barbet.

Ce dernier avait enfin cité un fait, à l'appui de ses doctrines, c'était celui de Lacroix, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, qui avait reçu, dans son hôpital, pendant l'hiver de 1748, un jeune garçon dont la cuisse droite avait

été frappée de sphacèle, jusqu'auprès de l'articulation de la hanche, pour avoir fait usage de seigle ergoté; le fémur n'était plus retenu dans la cavité cotyloïde que par le ligament rond, et le membre ne tenait au tronc que par le nerf sciatique. Lacroix acheva la désarticulation, si l'on peut lui donner ce nom, avec des ciseaux, et l'état du malade était si satisfaisant, le quatrième jour, qu'il amputa dans la continuité l'autre cuisse également atteinte de gangrène; la mort survint malheureusement, le quinzième jour; mais on devait dès-lors espérer un résultat favorable, dans des circonstances moins désespérées, puisque le blessé avait survécu quinze jours à sa double mutilation, et que la compatibilité de la vie avec la perte de la totalité de la cuisse, semblait désormais acquise.

Perrault, de Saint-Maure en Touraine, fut plus heureux, et il amputa avec succès dans la hanche, un nommé Gois, dont la cuisse avait été écrasée entre un mur et le timon d'une voiture. L'illustre Sabatier, qui a rapporté cette observation, dit que le malade fut rencontré à Tours plusieurs années après l'opération, parfaitement guéri.

Tels furent les premiers faits authentiques recueillis par la science; mais nous allons les voir se multiplier, au fur et à mesure que la désarticulation coxo-fémorale sera plus largement acceptée.

Plusieurs chirurgiens militaires, tels que A. Blandin, en 1792, et M. Perret paraissent avoir sauvé deux ou trois malades, dont ils n'ont pas publié l'histoire, mais ce fut M. le baron Larrey qui constitua enfin cette opération, en donnant des procédés méthodiques pour l'exécuter, et en faisant connaître cinq observations tirées de sa pratique (*Cliniq. chirurg.* v. p. 247), dont plusieurs offrirent des exemples incontestables de succès.

Les deux procédés décrits par M. le baron Larrey, l'un dans le deuxième volume (p. 180) de ses *mémoires et campagnes*, l'autre dans le troisième volume de sa *clinique* (p. 611), présentent les mêmes dispositions principales, mais diffèrent par quelques détails d'exécution. Dans tous les deux, l'opérateur commence par la ligature des vaisseaux cruraux, et forme ensuite deux grands lambeaux latéraux, dont la cavité cotyloïde occupe le centre. Seulement, dans le premier procédé, le lambeau interne est taillé par ponction, l'os désarticulé et le lambeau externe divisé en dernier lieu, tandis que dans le second, après avoir également lié les vaisseaux cruraux, on incise la peau de tout le membre par une coupe circulaire, au dessous du grand trochanter; on forme le lambeau interne de dehors en dedans, ou de dedans en dehors, selon l'état des parties, et on achève l'opération d'après les règles du premier procédé.

M. Larrey, en rapportant les détails de l'une de ces amputations coxo-fémorales, pratiquée avec l'aide du docteur Ribes, dit qu'elle fut terminée en moins de quatre minutes. Il serait difficile d'atteindre une plus grande promptitude, si l'on comprend dans ce court intervalle le temps employé aux ligatures et au pansement, mais ce résultat ne nous surprend pas, puisque vingt-cinq secondes nous suffirent pour la seule désarticulation de la cuisse de notre malade.

Les leçons du baron Larrey, acceptées par les chirurgiens les plus instruits et les plus habiles, trouvèrent dans toute l'Europe de fréquentes applications; ce fut en les suivant que Guthrie sauva un de nos soldats, blessé à Waterloo, qui a été pendant plus de quinze ans, à l'Hôtel des Invalides, l'objet de la curiosité constante des praticiens français et étrangers.

Ce soldat, nommé Duguet, avait eu le fémur droit brisé jusqu'à l'articulation coxo-fémorale par un boulet qui avait détruit une grande portion des chairs de la partie supérieure externe de la cuisse. Abandonné pendant quarante-huit heures, cet infortuné avait vécu avec quelques morceaux de biscuit et de l'eau de la pluie recueillie dans son shako. Transporté à Bruxelles, aux ambulances anglaises, il y fut rencontré, le huitième jour, par M. Larrey, blessé lui-même et fait prisonnier à cette funeste bataille, et ce chirurgien, dans son infatigable sollicitude, le recommanda à M. Guthrie comme pouvant être amputé dans la jointure de la hanche, ce qui fut exécuté, le quinzième jour de la blessure, avec un succès complet.

L'on sait que Delpech, cette gloire de l'école de Montpellier, amputa également dans l'articulation coxo-fémorale un nommé Morel, atteint depuis un grand nombre d'années d'une nécrose, avec carie et suppuration du fémur, et qu'il le guérit en moins d'un mois. Une espèce de sellette en bois, propre à s'adapter au moignon, servit à le soutenir au moyen d'un pilon de bois, et M. Rigal de Gaillac m'a assuré avoir vu ce malade supporter de très longues marches sans en être aucunement incommodé.

Le chirurgien en chef actuel du Gros-Caillou a aussi sauvé un de nos soldats par l'amputation coxo-fémorale. Le blessé, qui a été présenté à l'Académie, avait été atteint d'une fracture du fémur, pour laquelle l'amputation simple de la cuisse eût suffi dans les premiers momens ; mais, sur le refus invincible de cet homme, l'opération fut différée. Des abcès et des décollemens musculaires survinrent, et la désarticulation du membre dut être pratiquée comme dernière ressource.

A ces exemples, nous pouvons en joindre plusieurs autres, également recueillis en France, d'opérations semblables, dont le succès ne s'est pas maintenu, ou n'a pas encore été confirmé. Nous citerons un malade de Delpech, qui succomba à une phthisie pulmonaire, au moment où la cicatrisation du moignon était presque achevée. Dans un cas de M. Baffos, chirurgien de l'hôpital des Enfans, la mort, arrivée le troisième mois, permit de constater une perforation par carie de la cavité cotyloïde et un vaste épanchement de pus dans la cavité pelvienne, communiquant avec la plaie extérieure, restée fistuleuse.

M. Chaumet, chirurgien en chef de l'Hôpital de Bordeaux, a fait connaître un troisième cas dans lequel l'amputation coxo-fémorale, pratiquée pour un cancer du nerf crural, aurait été suivie d'une rapide guérison; mais nous avons appris que le malade avait succombé, le cinquante-troisième jour, à une affection de la poitrine, et nous attendons la publication complète de cette intéressante observation.

L'on voit, d'après cet exposé sommaire, que les succès obtenus en France, de la désarticulation de la cuisse, sont encore fort rares, et qu'on n'en compte pas un seul avéré et définitif, à la suite de l'amputation immédiate. Tous les malades qui ont été sauvés, avaient été opérés après les premiers accidens inflammatoires, et la plupart offraient des affections chroniques datant de plusieurs mois, ou même de plusieurs années. C'est là un résultat incontestable et qui doit d'autant plus appeler l'attention, que les exemples de désarticulation coxo-fémorale, pratiquée immédiatement, c'est-à-dire, au moment même des blessures qui les nécessitaient, ont été plus multipliés. Beaucoup de chirurgiens militaires qui ont gardé le silence sur leurs revers, ont en-

levé la cuisse sur le champ de bataille, et ont perdu leurs malades.

M. Larrey, malgré le bonheur habituel de ses opérations, a vu succomber ceux qu'il avait opérés immédiatement ; un Russe, que j'ai amputé dans les mêmes circonstances, en Pologne, a eu le même sort ; quatre de nos soldats de l'armée d'Afrique, sont également morts, et néanmoins tous ces blessés se trouvaient en apparence dans les conditions les plus favorables ; leurs lésions étaient récentes, leur constitution vigoureuse, leurs forces conservées.

Je me suis demandé, en présence d'une pareille expérience, qui avait tort de la théorie ou des faits, et comme la réponse ne pouvait être douteuse, j'ai osé condamner la théorie ; car les preuves sur lesquelles on l'a si justement fondée pour toutes les amputations immédiates des membres, ne s'appliquaient pas à la désarticulation de la cuisse.

C'est donc un doute important à éclaircir dans l'histoire des amputations, et je n'ai pas dû hésiter à le signaler.

Cette exception à la règle générale serait au reste facile à expliquer. Nous l'attribuerions à la perturbation qui est produite dans les systèmes nerveux et circulatoire par l'étendue et le siège de la mutilation subie. La respiration continuant à hématoser une aussi grande quantité de sang veineux, et le cœur ne cessant pas d'imprimer à ce liquide la même énergie d'impulsion, quoique la masse du corps ait diminué d'un quart de son volume, il en résulterait pour toutes les fonctions des troubles incompatibles avec la vie, ou au moins d'une extrême gravité, lorsqu'ils seraient subits, et que la constitution n'y aurait pas été préparée par un affaiblissement graduel. L'ébranlement violent de l'innervation concourrait encore à jeter les malades dans l'espèce de collapsus

qui suit habituellement l'amputation immédiate, pratiquée dans la jointure coxo-fémorale, et qui entraîne la mort.

Quoi qu'il en soit de ces explications, le fait que nous allons rapporter nous paraît confirmer toutes les considérations précédentes, et nous servira à éclairer ces importantes questions et à mettre mieux en relief la valeur des procédés jusqu'ici employés.

Rambourg (Antoine), fusilier au 7e régiment de ligne, né à Paris, âgé de 28 ans, et d'une bonne constitution, quoique maigre et assez faiblement musclé, fut atteint, en juillet 1837, d'une fracture du fémur droit, compliquée de plaie, dans une chute d'un premier étage. Transporté le lendemain à Vannes (en Bretagne), sur une charrette, il dut supporter un trajet de douze lieues, sans avoir été pansé, et à son arrivée à l'hôpital, la cuisse offrit un raccourcissement de six centimètres et était couverte de phlyctènes.

Un traitement méthodique permit de rendre au membre sa longueur normale, et de rétablir la coaptation régulière des fragmens; mais l'inflammation s'étant étendue vers la hanche, de vastes foyers s'ouvrirent dans l'intervalle de l'épine iliaque antéro-supérieure au grand trochanter, et à la partie interne et supérieure de la cuisse, un peu au-dessous de l'ischion.

Ces ouvertures restèrent fistuleuses, mais la suppuration, qui avait envahi le siège de la fracture, diminua successivement en entraînant plusieurs esquilles, et, dès le septième mois, Rambourg vit sa cuisse se consolider, et commença à faire quelques pas avec des béquilles.

La plaie primitive était presque fermée, mais le genou, raidi par une extension prolongée, offrait une fausse ankylose, qui fit, deux mois plus tard, envoyer le malade

aux eaux de Bourbonne, pour y achever sa convalescence.

Dans le trajet, Rambourg eut malheureusement la cuisse une seconde fois fracturée par la chute d'une des banquettes de sa voiture, et comme deux étapes restaient à faire, les secousses et les cahots ramenèrent le raccourcissement du membre, avec l'inflammation et la suppuration de la plaie, qui se rouvrit.

M. Therrin, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Bourbonnè, parvint, par ses soins, à déterminer de nouveau la consolidation de la fracture; mais la saison des eaux étant terminée, Rambourg fut évacué sur Chaumont, et éprouva une troisième fracture pendant ce transport.

Ce fut dans cette ville, où le malade resta jusqu'au 20 juin 1839, que le cal s'opéra définitivement, mais l'ankylose du genou, la suppuration et les fistules, persistèrent, et Rambourg, après être venu sans accident à Paris par la diligence, à l'expiration de son temps de service, entra à l'hôpital Saint-Louis, et ensuite au Val-de-Grâce, où je le reçus dans mes salles, en juin 1840.

A cette époque, la cuisse droite manifestement atrophiée, offrait un raccourcissement de quatre centimètres, était couverte d'une douzaine de trajets fistuleux et de nombreuses cicatrices. Le genou était maintenu dans l'extension par une fausse ankylose, et le malade demandait à être débarrassé d'un membre où le bistouri avait sans cesse à ouvrir de nouveaux abcès, tandis que les douleurs et les réactions fébriles compromettaient l'existence.

Un phénomène fort remarquable avait de plus attiré mon attention à la fin du mois de juillet. Le malade, en prenant un bain, ayant voulu s'appuyer, un instant, sur le membre droit, entendit tout-à-coup uu craquement très distinct

dans la hanche, et, depuis ce moment, les mouvemens de l'articulation coxo-fémorale étaient devenus douloureux, presque impossibles, particulièrement ceux d'élévation et de flexion, et Rambourg se trouvait condamné à garder le lit.

Un parti décisif devait être pris pour arrêter la continuation et les progrès d'un état pathologique aussi alarmant, et l'amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale me parut être la seule ressource à tenter.

La constitution n'avait jamais été entachée de scrofules ni de syphilis, les viscères étaient sains; le malade rempli de courage, et cet ensemble de circonstances favorables augmentait ma confiance dans l'opération.

Je voulus cependant m'éclairer des plus hautes expériences, et je priai M. le baron Larrey de vouloir bien visiter le blessé, et de juger de l'opportunité de l'amputation que je projetais.

M. Larrey eut la bonté de venir au Val-de-Grâce examiner le malade, et, avec ce coup-d'œil rapide et sagace qui le caractérise, il me dit: « L'opération est nécessaire, pratiquez-la, et la chirurgie militaire comptera un nouveau succès de la désarticulation de la cuisse. »

Rien ne pouvait donc plus me faire hésiter; les nombreux abcès qui entouraient le membre et remontaient jusqu'auprès du pli de l'aine, la suppuration abondante qui s'en écoulait, l'induration profonde des parties molles, et leur dégénérescence lardacée, les douleurs survenues depuis peu de temps vers l'articulation, indiquaient que le fémur était le siège d'une inflammation chronique dont le point de départ avait été la fracture; des portions osseuses étaient probablement nécrosées et cariées, et l'ostéite s'étendait trop haut pour permettre de recourir à la simple amputation de la cuisse.

La désarticulation fut décidée. Le malade fut mis pendant quelques jours à l'usage d'une tisane amère et de légers laxatifs, pour éviter les accidens de résorption purulente qui sont devenus si communs et si dangereux depuis que l'on néglige trop ces sortes de préparations.

Mon opinion sur le meilleur procédé à suivre ne pouvait être douteuse d'après les considérations auxquelles je me suis livré, à ce sujet, dans mon traité de médecine opératoire. Sans méconnaître les avantages de la méthode de M. le baron Larrey, qui permet de prévenir l'hémorrhagie, et donne une plaie régulière et convenablement dirigée pour le libre écoulement de la suppuration, j'adoptai le procédé à unique lambeau antérieur, que j'ai décrit et fait figurer dans mon ouvrage, procédé dont l'exécution exige seulement quelques secondes, laisse une plaie spontanément fermée en raison de la situation du lambeau, et compte déjà un remarquable succès.

L'opération fut faite le lundi, 17 août 1840, en présence de MM. Bégin, Michel Levy, Larrey fils, Siess, Auvity, Poyer, Perrier, chirurgiens militaires, de M. Arendt, médecin de l'empereur de Russie, du professeur Doubovìski, et de tous les sous-aides et élèves de notre hôpital.

Le malade, maintenu sur une table, de manière à ce que la région de l'aine fût parfaitement libre, je me plaçai en dedans du membre droit légèrement fléchi; saisissant de la main gauche les chairs indurées et résistantes de la face antérieure de la cuisse, j'engageai un long couteau inter-osseux à deux centimètres au dessous de l'arcade pubienne, un peu au devant de l'ischion, et je fis sortir l'instrument au milieu de l'intervalle qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure du grand trochanter, sans chercher, dans ce premier temps, à ouvrir la capsule articulaire.

Rasant aussitôt, de haut en bas, la face antérieure du fémur, je taillai rapidement un large lambeau, dont l'extrémité mince et arrondie descendait jusqu'au milieu de la cuisse, où la saillie du fragment supérieur, et l'adhérence intime des tégumens, formaient une limite infranchissable.

Le lambeau fut instantanément relevé par un aide, qui appliqua les doigts sur l'orifice des vaisseaux, et empêcha toute perte de sang, déjà prévenue par une compression méthodique exercée au niveau du pubis.

L'articulation ainsi mise à nu, je pris un petit couteau à amputation de quinze centimètres de longueur, je divisai le ligament capsulaire autour des deux tiers antérieurs de la cavité cotyloïde, je luxai la tête du fémur en portant le membre dans l'extension et l'abduction; puis j'incisai le ligament rond, le tiers postérieur de la capsule, et quelques fibres musculaires trochantériennes. Échangeant, de nouveau, mon couteau, j'en saisis un autre beaucoup plus long dont je me servis pour contourner l'extrémité luxée du fémur et le grand trochanter, et pour abattre, presque d'un seul coup, le membre, au niveau de la base du lambeau, avec le soin de couper le nerf sciatique un peu plus haut que les tégumens.

Ces trois temps de l'opération ne durèrent pas une demi-minute, grâce à l'habileté et à l'empressement de mes aides; une vingtaine d'artères que l'ancienneté de la maladie avait développées, furent liées, et la plaie fut réunie par première intention, au moyen d'une douzaine de points de suture, faits avec des épingles très fines, sur lesquels un fil fut jeté en huit de chiffres.

Une large compresse fenêtrée, enduite de styrax, des plumasseaux, quelques compresses et une capeline disposée autour du bassin et du moignon, complétèrent l'appareil de

pansement, et le malade, qui n'avait perdu que peu de sang, et qui n'avait éprouvé aucune faiblesse, fut reporté dans son lit, avec toutes les précautions convenables.

Il était curieux de rechercher quelles avaient été la nature et l'étendue des lésions, et voici ce que l'opération et la dissection du membre amputé nous révélèrent.

Le ligament capsulaire était épaissi, homogène, et d'un brun foncé, ainsi qu'une partie de la cavité cotyloïde ; les replis synoviaux étaient ecchymosés, l'ischion dénudé et noirâtre, mais dur et comme éburné, ce qui m'empêcha d'y appliquer le cautère actuel.

Toutes les parties molles de la cuisse avaient été converties en une masse lardacée, blanchâtre, et criant sous le scalpel ; les vaisseaux apparaissaient béans au milieu de cette induration générale, et les muscles étaient partout décolorés et friables.

L'ankylose du genou dépendait d'adhérences cellulo-fibreuses de la rotule aux condyles du fémur, et de quelques autres adhérences partielles et très circonscrites entre les surfaces fémoro-tibiales.

L'examen du fémur appelait particulièrement notre attention, et offrit le plus grand intérêt. On apercevait, vers le milieu de la longueur de cet os, un cal difforme et irrégulier, au centre duquel était restée une forte esquille, enclavée dans une espèce d'anneau ; le fragment inférieur, dirigé en haut, en dedans, et en arrière, et le supérieur en bas, en dedans et en avant, étaient réunis par une sorte de jetée osseuse ou de gaîne invaginiforme, composée d'un tissu compacte, éburné et traversé par une multitude de pertuis vasculaires et d'ouvertures plus larges, ayant deux à trois millimètres de diamètre ; l'esquille, située entre les deux

fragmens, au milieu d'une matière gélatineuse, avait été retenue par ses extrémités, qui étaient bifurquées, sur les arêtes du cal; nous vérifiâmes qu'elle conservait tous les caractères du tissu osseux primitif, et qu'elle n'avait pas éprouvé la plus légère altération, phénomènes depuis longtemps signalés par le baron Larrey, qui en a déduit d'importantes indications thérapeutiques.

Au-dessous de la fracture, le corps du fémur ne présentait que de faibles traces d'inflammation; mais toute la partie supérieure au cal avait été atteinte d'une ostéite chronique, avec augmentation de volume de la diaphyse osseuse ou hyperostose vascularité plus grande, et éburnation partielle; la tête fémorale, dépouillée, à sa circonférence, de son fibro-cartilage, avait été creusée, comme excavée par l'inflammation, et s'était affaissée sur son col, en avant et en dedans, ce qui constituait une véritable fracture partielle, très remarquable de la tête du fémur.

L'anatomie pathologique confirmait, comme on le voit, l'urgente nécessité de la désarticulation, que nous devions seulement regretter de ne pas avoir pratiquée plus tôt, puisque l'inflammation s'était déjà étendue aux os du bassin.

La guérison du blessé fut rapide, et était assurée dès le vingt-quatrième jour. A cette époque, toutes les ligatures étaient tombées, et la plaie était cicatrisée, à l'exception de deux points où avait existé des trajets fistuleux. Le malade se levait et se promenait dans le jardin de l'hôpital, la digestion était excellente, et l'embonpoint reparaissait.

Depuis dix mois la santé de Rambourg s'est soutenue et fortifiée; toutes les fistules ont été fermées à diverses reprises, mais elles se sont constamment rouvertes, et nous croyons qu'elles ne disparaîtront définitivement, qu'après

l'exfoliation de quelques lamelles osseuses, appartenant aux surfaces altérées de la cavité cotyloïde et de l'ischion. Nous eussions désiré envoyer le malade aux eaux de Bourbonne, pour rétablir complètement sa constitution, et faciliter l'occlusion définitive des derniers trajets fistuleux qui persistent encore, mais nous n'avons pu obtenir cette légère faveur pour notre opéré, malgré l'intérêt que devait inspirer sa position tout exceptionnelle; c'est même un confrère qui a formulé un pareil refus, et invoqué les intérêts de l'état contre un malade, le premier, à Paris, qui ait été sauvé des suites de la désarticulation de la cuisse.

Nous croyons pouvoir conclure des considérations développées dans ce mémoire :

1° Qu'aucun doute ne saurait exister sur les avantages de l'amputation coxo-fémorale, qui mérite d'être comptée au nombre de plus précieuses ressources de la chirurgie.

2° Que cette opération doit être préférée à l'amputation dans la continuité de la cuisse au-dessus du petit trochanter, comme l'a démontré le baron Larrey.

3° Que le procédé à lambeau antérieur unique, tel que nous l'avons exécuté, est le plus sûr, le plus rapide et le plus propre à assurer la guérison.

4° Que la désarticulation coxo-fémorale ne doit pas être faite immédiatement, mais seulement après les premiers accidens inflammatoires et l'établissement de la suppuration.

5° Que le succès sera presque assuré dans tous les cas où les viscères seront sains, l'affection déterminante chronique, le procédé opératoire heureusement choisi bien exécuté, et les indications *thérapeutiques* et hygiéniques convenab ement remplies.

ABCÈS DES FOSSES ILIAQUES. — POINT D'ÉLECTION POUR LEUR OUVERTURE.

(Quatre observations.)

Par le Docteur BARTHÉLEMY (de Saumur) chirurgien militaire.

Ce n'est point un mémoire complet sur la matière que je viens offrir. Si cette tâche n'avait déjà été dignement remplie par Dance, par mon ami, M. Ménière, par M. Corbin et autres, elle aurait trouvé un ample complément dans les savantes leçons que M. Velpeau a faites à la Charité en 1839. Ces leçons, auxquelles j'assistais, m'ont surtout frappé par le soin que mettait le professeur à trouver dans les dispositions anatomiques (celles des aponévroses en particulier) l'explication des phénomènes divers de ces abcès, et surtout du trajet à-peu-près constant qu'ils affectent suivant qu'ils se développent primitivement dans tel ou tel point. C'est en partant de la même base et après avoir attentivement examiné sur le cadavre, et l'anatomie des fosses iliaques, et leurs dispositions physiques, que je viens soumettre aux praticiens quelques considérations que j'espère rendre dignes de leur intérêt.

Je ne parlerai point, à dessein, des abcès iliaques intra-péritonéaux; leur histoire se lie davantage à celle de la péritonite terminée par suppuration. Ils n'offrent, d'ailleurs, d'autre indication chirurgicale que celle d'attendre que des adhérences avec un point de la paroi abdominale les aient circonscrits, et permettent de donner issue à la suppuration.

C'est uniquement sur les abcès des fosses iliaques proprement dits que porteront mes observations.

Ces abcès peuvent se diviser en deux espèces bien tranchées : 1° ceux qui sont au-dessus du muscle iliaque; — 2° ceux qui se trouvent au-dessous de ce même muscle, entre lui et l'os.

Les premiers reposent par leur paroi inférieure, soit directement sur le muscle, soit sur l'aponévrose *iliaca*, tandis que leur paroi supérieure soulève chez l'homme, à droite, le cœcum dépourvu du péritoine, et une partie de cette membrane; à gauche, le péritoine et le méso-colon iliaque. Chez la femme, ils rencontrent de plus, à droite et à gauche, l'ovaire et le repli péritonéal qui le soutient.

La distinction que l'on a voulu établir dans cette première espèce d'abcès, suivant qu'ils siégeaient au-dessus ou au-dessous de l'aponévrose *iliaca*, ne me paraît fondée que jusqu'à un certain point. Il est, en effet, évident que toute collection qui se formera d'abord sous l'aponévrose ne tardera pas à rompre cette toile inextensible, présentant à sa partie moyenne ainsi qu'en arrière une excessive ténuité, et à devenir ainsi sus-aponévrotique. Il est donc à-peu-près inutile de faire deux espèces distinctes de ces abcès, dont, au reste, le trajet est à-peu-près constamment le même. En effet, qu'ils se portent vers l'aine, c'est derrière le ligament de Poupart que les uns et les autres se présentent; qu'ils arrivent à la cuisse, c'est dans le canal crural, au devant des vaisseaux cruraux, qu'ils se placent, exactement comme les abcès par congestion. C'est après avoir surmonté la résistance qu'offre le *septum crurale*, si bien décrit par M. Cloquet, que le pus s'engage dans l'orifice supérieur de ce canal. Nul doute que le pus de ces abcès, quand il se forme d'abord au-dessous de l'aponévrose *iliaca*, ne puisse, en rompant les adhérences de cette aponévrose avec les muscles psoas et iliaque au

point qui correspond à la partie transverse du pubis, arriver à la cuisse, au-dessous de la paroi profonde du canal crural, vers les attaches au petit trochanter de ces mêmes muscles ; mais, outre qu'en examinant bien la disposition des parties, on voit que cela doit être fort difficile, les faits viennent généralement à l'appui de l'opinion que je viens d'émettre relativement à la plus grande fréquence du premier trajet.

Ce sont les abcès sous-musculaires de la fosse iliaque, qui, lorsqu'ils se portent à la cuisse, progressent sous les muscles psoas et iliaque, et arrivent à leur attache inférieure sans quitter ce qu'on appelle le canal iliaque, ou du moins sa continuation. La saillie qu'ils forment plus tard à la partie, soit interne, soit postérieure de la cuisse, achève alors d'éclairer sur le trajet qu'ils ont suivi.

Ce n'est cependant point encore en ce lieu que les abcès iliaques sous-musculaires se portent le plus souvent ; ordinairement ils soulèvent et distendent le muscle iliaque, écartent ses fibres fort peu serrées en arrière, et arrivent, après avoir très facilement rompu l'aponévrose iliaca, dans la région lombaire au-devant du carré des lombes. — Deux observations que l'on va lire viennent à l'appui de cette assertion.

Mais j'abandonne ces questions, plus faciles à débattre avec le scalpel qu'avec la plume, pour aborder le point pratique de mon sujet.

Comment se terminent les divers abcès iliaques ?

A droite, où la position et les fonctions du cœcum les rendent bien plus fréquens qu'à gauche, ils s'échappent la plupart du temps par cet intestin dont ils perforent la paroi inférieure. — C'est une terminaison à-peu-près constamment favorable.....

Assez souvent, ils viennent, soit à droite, soit à gauche,

faire saillie au pli de l'aine, et on les ouvre avec l'instrument tranchant. — Si pendant qu'ils se sont développés le malade est resté horizontalement placé (cette supposition est presque toujours la réalité), ils ont dû, pour arriver à l'aine, marcher contre leur propre poids et s'élever, en décollant le péritoine, sur le plan assez oblique que présentent, à la partie antérieure de la fosse iliaque, les muscles iliaque et psoas réunis.

Derrière le ligament de Poupart en dedans, et vers le le bassin, ils rencontrent une portion du psoas, offrant un plan dont l'obliquité les conduit tout naturellement dans cette cavité. Il est probable que cette irruption du pus a lieu là plutôt qu'en arrière et en dedans où la saillie prononcée des psoas doit retenir la collection. C'est du reste un accident grave et qui devient souvent fatal au malade ; car, bien que les abcès iliaques parvenus dans le bassin puissent trouver une issue par la vessie, par le rectum et de plus, chez la femme, par le vagin, ils peuvent aussi rester confinés dans cette cavité et donner lieu à une fièvre de résorption qui tue le malade.

D'autres fois les abcès iliaques se portent au flanc, mais pour y arriver, ils sont encore forcés de remonter contre leur propre poids sur un plan extrêmement oblique qu'offre en dehors le muscle iliaque rehaussé par la crête de l'os. Quand on les y ouvre, la facilité que l'on a de placer le malade sur le côté opéré rend leur guérison assez facile.

Un dernier endroit où ils se portent, le plus souvent, je crois, c'est la région lombaire. — Que l'on examine un cadavre dans la position d'un malade couché, et l'on verra que les lois physiques poussent vers ce point tout liquide siégeant dans les fosses iliaques ; aussi, il y a tout lieu de croire

qu'une collection qui finit par apparaître, soit au flanc, soit à l'aine, ou qui fait irruption dans le petit bassin, a préalablement baigné la région lombaire.

Que conclure de tout ceci ? c'est que, chaque fois que l'on aura affaire à un abcès iliaque, on devra apporter plus d'attention qu'on ne le fait généralement à l'ét at de la région lombaire. Si on la trouve tendue, douloureuse à la pression, légèrement infiltrée, on devra, d'après les raisons que je vais exposer, la traverser avec le bistouri, pour y évacuer la collection. Je crois que ce sera plus sage d'attendre qu'elle soit devenue assez considérable pour se montrer, soit au flanc, soit à l'aine, parce que, dans ces deux derniers cas, le malade est exposé à ce qu'elle se jette dans le petit bassin, accident affreux, on le sait.

La circonstance où l'on devra temporiser, sera celle où l'on pourra espérer que l'abcès, placé au-dessous du cœcum pourra se frayer un passage par la cavité de cet intestin ; — mais si cette heureuse terminaison se faisait trop attendre et que l'abcès acquît un développement considérable, le mieux serait d'agir comme je viens de l'indiquer.

La région lombaire est donc, à mon sens, le point d'élection pour l'ouverture des abcès des fosses iliaques. Ce qui m'affermit dans cette manière de voir, c'est la presque certitude que, dans tous les abcès un peu développés, le pus doit s'y porter ; c'est la possibilité de soumettre à des règles, pour ainsi dire mathématiques, cette opération, dans laquelle aucune partie importante ne doit être lésée ; c'est, enfin, de pouvoir placer l'ouverture de l'abcès à son endroit le plus déclive. — Remarquons, en passant, que c'est l'impossibilité de remplir cette importante condition, quand on les ouvre à

l'aine, qui donne lieu à des longueurs infinies pour obtenir leur cicatrisation.

Je m'empresse de dire que ce mode d'ouverture n'est point chose nouvelle; on l'a plusieurs fois pratiqué avec succès. Si je cherche aujourd'hui à le rendre l'objet de l'attention particulière des praticiens, c'est qu'il ne fait réellement point assez partie du domaine commun de la chirurgie, et que l'on abandonne trop souvent *aux efforts de la nature*, des abcès qui tuent les malades en se portant dans le petit bassin, tandis qu'on eût pu s'en rendre maître en les attaquant à cette région, en temps utile.

Du reste, cette opération est facile et vraiment sans danger. La seule partie importante qu'à la rigueur on pourrait blesser, serait le péritoine, si la suppuration qui le décolle et le refoule en dedans ne venait se placer entre lui et les instrumens.

Voici toutefois les précautions qu'il sera bon de prendre.

On fera coucher le malade sur le côté opposé à celui où l'on voudra opérer, les jambes bien fléchies sur les cuisses et la poitrine inclinée le plus possible sur le bassin; on cherchera les apophyses épineuses des vertèbres lombaires, et ce sera à quatre pouces et demi en dehors d'elles, à un demi-pouce plus loin que le bord externe du muscle sacro-spinal, que l'on incisera. On se guidera par en bas sur le rebord du bassin; comme ce point est ordinairement pourvu d'une quantité notable de tissus graisseux, on donnera à l'incision extérieure, qui sera verticale, l'étendue d'un pouce et demi environ. On coupera successivement, et sans se hâter, les diverses couches musculaires qui se présenteront au bistouri, que l'index de la main gauche précédera toujours. Quand on sentira que l'on n'est plus séparé de la cavité abdominale que

par la légère toile aponévrotique du fascia transversal, on abandonnera le bistouri pour le remplacer par une sonde cannelée, *mousse ;* la moindre pression suffira alors pour faire pénétrer dans la cavité. Dans ce dernier temps de l'opération, il sera de la plus haute importance de ne point pousser la sonde directement devant soi, mais bien d'élever fortement la main, de manière à se porter vers la fosse iliaque (1); une fois qu'elle sera arrivée assez profondément en ce lieu, de légers mouvemens, en sens divers, ne tarderont pas à la conduire dans le foyer du pus, si déjà ce n'est chose faite de prime abord. En décollant les tissus, on fraiera un chemin facile à l'écoulement de la suppuration. On videra la poche en inclinant le patient vers le point opéré et en exerçant une assez forte pression sur la région iliaque. Une longue mèche effilée, enduite de cérat, devra être portée assez avant dans la plaie au moyen d'une sonde de poitrine; on placera le malade sur le dos, le bassin haut, la poitrine basse, les cuisses fléchies et soutenues par un traversin engagé sous elles; on lui recommandera de s'incliner vers le côté opéré. Le lendemain, au premier pansement, on fera dans la poche de l'abcès des injections émollientes au moyen d'une seringue à hydrocèle, armée d'une canule en gomme élastique. Cette précaution sera nécessaire pendant quelques jours.

Une chose vraiment remarquable, c'est la rapidité avec laquelle la poche de ces vastes abcès se réduit à de petites dimensions et finit par se recoller; ce qui dépend, je crois, de ce que les intestins reprenant immédiatement leur place,

(1) Je suis ainsi parvenu maintes fois sur les cadavres, dans les fosses iliaques, sans jamais intéresser le péritoine, quand aucun liquide ne le séparait de mes instrumens.

maintiennent appliquées, l'une à l'autre, les deux parois de ces foyers purulens.

Ire Observation. — Dans le service de M. Judas, à l'Hôpital du Gros-Caillou, se trouvait un jeune soldat qui, à la suite d'une bronchite et d'une gastro-entérite assez graves, ressentit une douleur dans la profondeur de la *fesse* droite. Cette douleur devint assez intense pour ravir le sommeil au malade, qui demanda du soulagement à M. Judas. Ce dernier l'interrogea, le palpa avec soin, et s'arrêta à l'idée de la formation d'un abcès au-dessous des fessiers, dans la fosse iliaque externe; il m'appela, et me fit part de son opinion.

A mon tour, j'examinai le malade. Ce qui me frappa, ce fut la douleur que je lui fis ressentir en pressant sur la région iliaque droite qui, du reste, était peu tuméfiée; cette douleur répondit aux reins. — Je comprimai de même la région lombaire, et le malade accusa de nouveau une sensation pénible. Je reconnus qu'il s'agissait d'une collection purulente dans la fosse iliaque, qui, selon toute apparence, s'était étendue aux lombes du même côté. M. Judas partagea cette manière de voir, et tous deux nous convînmes d'attendre que cette collection, ou s'en allât par le cœcum, ou se montrât soit à l'aine, soit à la région lombaire. La tendance qu'elle avait montrée de prime abord à se porter vers ce dernier point se prononça chaque jour davantage, et bientôt nous eûmes, en ce lieu, une surface large assez proéminente, tendue, douloureuse à la pression, et enfin légèrement infiltrée. D'un avis commun, nous pensâmes qu'il convenait d'ouvrir. Pleinement rassuré par ce que je voyais et touchais, je portai directement mon bistouri dans cet abcès, un peu au-dessus de la crête iliaque en arrière, vers le bord externe du muscle sacro-spinal. La quantité de pus qui jaillit aussitôt

fut énorme ; à chaque inspiration du malade, le jet ressemblait à celui d'une fontaine : il s'écoula bien certainement de deux à trois litres de liquide.

Je pansai le malade avec toutes les précautions nécessaires. Le lendemain et les jours suivans, je fis des injections d'eau de mauve ; la suppuration devint de moins en moins abondante; le foyer ne tarda pas à se recoller. M. Judas soutint par un bon régime les forces du malade, qui partit bien guéri, en congé de convalescence.

Réflexions. — Ne peut-on pas dire que la douleur que le malade accusa d'abord dans la fesse droite, jointe à l'absence de tuméfaction bien sensible de la région iliaque, indiquait que le pus se formait dans la fosse iliaque sous le muscle de ce nom? Selon toute apparence, il finit par écarter en arrière les fibres peu serrées de ce muscle, et alla inonder es régions lombaires et rénales de ce côté.

Lorsque je sentis une fluctuation évidente en arrière, je crus, en arrivant d'un seul coup dans l'abcès, pouvoir m'affranchir des règles que j'ai indiquées pour éviter la lésion du péritoine. Il est, du reste, à remarquer que la plupart du temps il en sera ainsi.

IIe Observation. — Au n° 8 de la salle 5, dans le service de M. Piron, était couché un sous-officier, jeune homme bien élevé, et qui se lamentait en termes touchans de se voir privé, depuis près de deux mois, de l'usage de la cuisse gauche. Chez ce malade, que M. Piron venait de traiter d'une bronchite intense, ce membre était effectivement fléchi sur le bassin d'une manière permanente, et lorsque l'on faisait effort pour l'étendre en entier, il se trouvait, en un certain point, un obstacle fixe qui empêchait d'aller plus loin; si l'on insistait, le malade accusait une douleur sourde

dans la fosse iliaque du même côté. Commis par mon collègue et ami, M. Piron, à l'examen chirurgical de ce malade, je portai tout naturellement mes investigations sur la fosse iliaque..... Le patient étant dans un état d'excessive maigreur, je pus facilement déprimer la paroi abdominale, et constater un soulèvement notable de la partie antérieure de cette fosse. Comme je ne pus apprécier aucune fluctuation sensible, et que la tumeur que je pressais, et qui cédait néanmoins un peu, se trouvait séparée de mes doigts par des tissus épais, je pensai avoir affaire à une collection de pus, située dans la fosse iliaque entre l'os et les muscles psoas et iliaque réunis. J'ajoutai que, selon toute apparence, la cuisse ne pouvait s'étendre, parce que la tumeur formée par le pus mettait un empêchement insurmontable à l'allongement complet de ces deux muscles. Craignant que cet abcès ne fût symptomatique de quelque carie vertébrale, je palpai avec soin la région lombaire, le malade n'y avait jamais ressenti la moindre douleur.

L'avis de M. Piron et le mien fut d'attendre que le pus devînt sensible au pli de l'aine ou à la région lombaire...... Une quinzaine s'écoula.... et M. Piron pensant que ce cas regardait plus particulièrement la chirurgie, évacua le malade aux blessés, où il se trouva confié aux soins de mon collègue, M. Castano.—Je lui fis part de ce que j'avais observé; il partagea mes idées en tout point, et, comme moi, crut devoir attendre. Il ne le fit pas long-temps; car en moins de huit à dix jours le pus se porta vers la région lombaire, qui devint aussitôt douloureuse, tendue et soulevée. M. Castano pratiqua une assez large incision au-dessus du rebord du bassin en arrière, et donna issue à une énorme quantité de liquide d'aspect louable. A peine le pus se fut-il

écoulé, que notre pauvre malade put étendre sa cuisse...; ce qui confirma pleinement le diagnostic porté *a priori*.

M. Castano fit faire des injections émollientes dans le foyer de l'abcès, donna au malade un régime substantiel, et put, au bout d'une vingtaine de jours, le renvoyer parfaitement guéri. Il est aujourd'hui officier, et jouit d'une bonne santé.

RÉFLEXIONS. — Ce fait vient, comme le précédent, à l'appui de ce que j'ai avancé relativement à la tendance marquée du pus à se porter des fosses iliaques vers les régions lombaires plutôt qu'ailleurs. Quels ravages ne pouvait-il pas causer si, négligeant la région lombaire, on eût attendu qu'il vînt s'annoncer à l'aine! La rapidité de la guérison a été, comme le cas précédent, vraiment remarquable, ce qu'explique la position de l'ouverture.

IIIe OBSERVATION. — J'avais tout récemment, dans le service de vénériens que je dirigeais à Picpus, un jeune soldat de faible complexion, chez lequel un bubon suppuré, à droite, ouvert avec la pâte de Vienne, venait de se cicatriser. Tout-à-coup il ressentit profondément dans le pli de l'aine une douleur assez prononcée : cette partie se souleva en totalité; une fièvre vive s'alluma, les traits du malade s'altérèrent, et, chose assez singulière, une infiltration générale se manifesta. Les joues étaient œdématiées, les pieds l'étaient aussi. J'ordonnai une diète sévère, de la gomme nitrée, des demi-lavemens, et sur la région crurale quelques sangsues et des cataplasmes émolliens. Six jours se passèrent avant que je pusse apprécier convenablement la suppuration qui se formait au fond de l'aine et à la partie antérieure de la fosse iliaque droite. Le septième jour, à la visite, la fluctuation était manifeste, et je me disposais à ouvrir l'abcès, lorsque

M. Songis, sous-aide distingué du Val-de-Grâce, me dit qu'il avait palpé le ventre de ce jeune homme, et qu'il ne doutait aucunement qu'il y eût de l'eau dans la cavité péritonéale. Je percutai comme lui l'abdomen, d'un flanc à l'autre, et le flot du liquide me parut évident. Je crus donner une explication satisfaisante de cette complication en disant que la portion de péritoine qui avait été refoulée par l'abcès avait pu s'enflammer et donner lieu par une supersécrétion à l'ascite accidentelle que nous venions de constater.

Ayant remarqué dans le pli de l'aine, un peu au-dessus du ligament de Poupart, un point où la paroi abdominale amincie permettait de bien sentir la fluctuation, j'y plongeai mon bistouri; avec précaution, et donnai issue à une quantité de pus bien plus considérable que je ne m'y attendais; il en sortit au moins deux litres. L'idée me vint alors de percuter de nouveau le ventre, et quelle ne fut pas ma surprise lorsque je vis que la prétendue ascite venait de disparaître!.. C'était tout simplement le pus de l'abcès qui, par son volume prodigieux, avait occupé dans l'abdomen assez d'espace pour donner lieu à la sensation qui nous en avait imposé.

Je plaçai une mèche effilée assez avant dans l'ouverture que je venais de pratiquer; je recommandai au malade de se coucher sur le côté droit. Beaucoup de pus s'écoula encore dans la journée. Le lendemain je fis dans tout le foyer des injections, et en moins de quinze jours la guérison fut complète.

Réflexions. — J'avoue que, dans ce dernier cas, je ne songeais aucunement à voir ce qui se passait du côté de la région lombaire, parce que j'avais affaire à un bubon profond, et que je ne pensais pas qu'il pût donner naissance à une collection aussi vaste. Toutefois l'indication aurait toujours

été d'ouvrir où je l'ai fait, l'abcès s'étant prononcé à l'aine.

IVe Observation. — L'abcès dont je vais retracer l'histoire n'a point directement trait aux abcès iliaques, et surtout à la conduite que je crois que l'on doit tenir à leur égard; c'est avant tout, un cas des plus curieux, que je tiens à consigner dans les annales de la science.

Au no 28 de la salle 5 (division de M. Piron), était placé un jeune soldat, convalescent d'une gastro-entérite, à laquelle il avait failli succomber. Il ressentit à la région de la vessie une douleur profonde, accompagnée de rareté dans les urines.... M. Piron me pria de l'examiner.... A la vue de l'hypogastre, soulevé et tendu, je pensai qu'il y avait rétention d'urine; je sondai, et je n'obtins qu'environ un demi-verre d'urine rouge et épaisse. L'hypogastre resta dans son état de soulèvement et de tension. Quand on déprimait un peu fortement cette région, le malade accusait de la douleur. Je ne me formai pas d'abord une idée bien nette de cette affection, et je dis à M. Piron que, s'il le jugeait convenable, nous ferions prendre au malade un bain de ceinture, un demi-lavement émollient, des émulsions, que nous recouvririons la partie inférieure de son ventre de cataplasmes arrosés d'huile laudanisée, et que nous verrions venir... Trois jours après ce premier examen, je trouvai l'hypogastre plus élevé, et je crus, en le palpant avec soin, sentir de la fluctuation, mais trop profondément pour porter un diagnostic assuré. Cependant je dis à mon collègue que, selon toute apparence, il s'agissait d'un abcès, mais qu'il fallait attendre qu'il fût plus superficiel. En trois ou quatre jours, les choses prirent un caractère décisif, et la collection s'accrut et s'étendit au loin avec une telle rapidité, qu'à ma troisième conférence avec M. Piron, je ne pus me mépren-

dre sur l'existence d'un abcès s'étendant en travers d'un côté à l'autre de l'abdomen, s'élevant à gauche jusqu'au flanc, et à droite, un peu au-dessus de l'épine iliaque antérieure. A la partie moyenne, au devant de la vessie, cette collection faisait une saillie telle que la paroi abdominale était poussée en avant de plus d'un pouce.

L'indication urgente était d'ouvrir immédiatement ce monstrueux abcès.

Mais, avant d'agir, deux questions importantes à résoudre se présentaient. Quelle était la situation exacte du pus? et dans quel endroit était-il le plus convenable de l'attaquer? Voici quel fut mon raisonnement: cette collection n'est point placée sous la peau, ni dans l'intervalle des muscles abdominaux, car le toucher indique au-dessus d'elle des tissus d'une épaisseur notable.

Elle n'est point entre le *fascia transversalis* et le muscle transverse, car ces deux parties sont très intimement unies, et il serait complètement impossible que le pus les eût séparées pour se porter au loin aussi vite qu'il l'a fait.

Pour croire qu'elle se trouve dans la cavité péritonéale, il faudrait qu'elle eût été précédée de symptômes de péritonite aiguë ou chronique, dont elle serait la terminaison; or ces symptômes n'ont point existé.

On est donc amené à penser que le siège précis de cet abcès est entre le *fascia transversalis* en avant et le péritoine, décollé et refoulé en arrière. Cette supposition se change presque en certitude, si l'on se reporte à son point de formation et de départ, la face antérieure de la vessie, dans l'endroit où le péritoine ne la recouvre pas. Ajoutons enfin que la rupture facile des faibles liens celluleux qui unissent le péritoine au *fascia transversalis*, explique par-

faitement la fusée extraordinaire que cette collection a pu faire à droite et à gauche, en si peu de temps.

Fort de ces données, je me demandais où je procéderais de préférence à l'ouverture de l'abcès, quand M. Piron, qui, sans faire de la chirurgie, la juge remarquablement bien, m'indiqua du doigt le point qui lui semblait le plus convenable; c'était au-dessus et en dedans de la crête iliaque, à-peu-près à l'endroit où l'on incise pour aller lier l'artère iliaque externe. J'adoptai immédiatement son avis, d'autant plus volontiers que l'abcès y formait une tumeur plus saillante qu'ailleurs, et que, d'un autre côté, je n'avais à redouter aucune artère importante; je ne pouvais, en effet, rencontrer là que les quelques faibles branches que donne en dedans l'iliaque antérieure, et en dehors l'épigastrique.

La peau bien tendue, je l'incisai avec un bistouri convexe sur le tranchant, dans la longueur d'un pouce et demi; je coupai successivement les fibres des deux muscles obliques. Arrivé au transverse, je me servis d'une sonde cannelée, mousse, pour écarter ses faisceaux. Le plus petit mouvement de pression me fit alors pénétrer dans la cavité de l'abcès. A l'instant même un peu de pus apparut à côté de ma sonde; je portai dans sa cannelure un bistouri boutonné, et donnai à mon incision profonde l'étendue d'un pouce environ. Beaucoup de pus de nature louable sortit; je n'exerçai aucune pression, ayant besoin qu'il en restât pour protéger le reste de mon opération. J'introduisis dans cette première ouverture une longue algalie en argent, recourbée... et lorsque son extrémité fut au-devant de la vessie, je priai mon aide de la faire basculer de manière à rendre, aussi saillante que possible, la paroi abdominale. Je pratiquai une seconde incision, représentant exactement celle que

l'on fait pour la taille hypogastrique. Dire la quantité de pus qui s'échappa alors par ces deux incisions, ce serait vraiment chose peu facile. Je ne crois pas tomber dans l'exagération en affirmant qu'il s'en écoula de quatre à cinq litres. Conformément à l'avis de M. Piron, je ne fis point de troisième ouverture au-devant de la fosse iliaque droite, parce qu'en inclinant le malade à gauche, le pus qui se trouvait dans cette région avait un écoulement facile par les deux incisions que je venais de pratiquer.

Des mèches effilées et enduites de cérat furent placées dans les ouvertures. Dans la journée, il s'écoula encore une quantité considérable de pus. Le lendemain, je fis, comme à l'ordinaire, des injections avec de l'eau émolliente. Je les fis ressortir aussitôt, de manière à laver ce vaste foyer. Le malade eut, pendant trois jours, un peu de fièvre : on le tint à la tisane et au bouillon coupé; mais la fièvre tomba bientôt, l'appétit reparut, et M. Piron put prescrire au malade le quart de pain avec la côtelette et du vin. Les forces se relevèrent, la suppuration alla du jour en jour en diminuant. Le sous-aide qui pansait ce malheureux le prit en affection et le soigna admirablement. Il établit avec intelligence divers points de compression qui hâtèrent la guérison. Au bout de six semaines, le malade partit en congé de convalescence... Son abcès était guéri.

Avant de terminer cet article, qu'il me soit permis de revenir, en les formulant nettement, sur les idées que je cherche à accréditer. Les abcès extrà-péritonéaux des fosses iliaques ont plus de tendance, quand ils ne percent pas l'intestin, à se porter vers les régions lombaires que vers aucun autre point.

Lorsque l'on aura affaire à des abcès de cette espèce, il

sera prudent d'examiner et de palper, plus souvent qu'on ne le fait, la région lombaire, et si l'on y constate la présence du pus *par des signes positifs*, il vaudra infiniment mieux lui donner issue par ce point que de s'exposer, en temporisant, à le voir se porter dans le petit bassin, où il peut causer la mort du malade.

L'ouverture de ces abcès à cette région n'est ni difficile ni dangereuse; en ce que la collection s'interpose entre la paroi abdominale que l'on incise et le péritoine que l'on doit éviter.

Si je suis assez heureux pour fixer par ce travail l'attention des praticiens sur le point de thérapeutique chirurgicale que je viens d'effleurer, si je puis les amener à se convaincre de l'innocuité de l'opération que je désire rendre plus familière, peut-être ira-t-on bientôt attaquer avantageusement en ce même lieu, et par des ponctions sous-cutanées, les abcès par congestion qui y passent presque toujours. Ce serait une nouvelle chance de succès dans le traitement de ces abcès terribles, qui empruntent leur gravité, non-seulement à la cause qui les produit, mais aussi à l'étendue du foyer qu'ils se créent.

Peut-être aussi que, dans certains cas d'épanchemens subits d'urine, provenant des reins ou des uretères, une incision, faite à propos en cette même région, sauvera quelques malades qui sans cela auraient infailliblement succombé.

Nous rapprochons de l'intéressant travail de M. Barthélemy l'observation suivante, une des plus remarquables que nous connaissions. Elle nous est communiquée par M. Sédillot qui l'a fait suivre de quelques réflexions.

Abcès de la fosse iliaque droite communiquant avec l'intérieur du cœcum et de la vessie. — Obs. recueillie par M. C. Sédillot, professeur, au Val-de-Grâce.

M. L., officier de chasseurs, âgé de 34 ans, entra au Val-de-Grâce, en novembre 1839, pour un abcès fistuleux de la fosse iliaque droite. La constitution était profondément altérée, la maigreur presque portée au marasme, la sensibilité exaltée, et les douleurs étaient assez vives pour que le malade eût eu recours depuis long-temps à l'usage de l'opium dont il prenait plusieurs grains chaque jour.

Nous ne pûmes obtenir que des renseignemens fort incomplets sur les causes, les complications et la marche de la lésion que nous avions sous les yeux, M. L. ayant toujours dissimulé soigneusement ses souffrances ; mais nous apprîmes des autres officiers du régiment que L., engagé volontaire, avait été, plus tard, chargé de la comptabilité du régiment, et qu'il avait rarement fait, depuis quelques années, un service actif. On savait que, très adonné aux femmes, il avait été souvent atteint d'affections vénériennes; que, depuis trois ans au moins, il avait éprouvé un ou plusieurs abcès dans l'aine et dans le flanc droit; que des trajets fistuleux avaient persisté, ou s'étaient rouverts à plusieurs reprises s'ils s'étaient cicatrisés, et que le malade était obligé à de fréquens pansemens qu'il exécutait toujours seul et en secret.

Quoi qu'il en soit, les accidens ayant beaucoup augmenté, et forcé M. L. à s'aliter, il était entré à l'hôpital où il nous présenta l'état suivant :

Quatre orifices fistuleux existaient dans la fosse iliaque, semblant se diriger vers le cœcum, et donnant une suppura-

tion assez abondante; d'autres ouvertures fistuleuses s'étaient plusieurs fois ouvertes et fermées, comme l'attestaient plusieurs cicatrices. Les orifices des fistules étaient bleuâtres et livides, compliqués d'un peu de décollement et peu éloignés l'un de l'autre. Le pus coulait principalement par l'un d'entre eux, qui se trouvait situé à un pouce en dedans de l'épine iliaque, et sortait assez abondamment lorsqu'on pressait les tégumens de haut en bas et d'arrière en avant; dans ce pus se trouvait de temps à autre quelques matières stercorales, et surtout des gaz; mais depuis plusieurs mois, au dire du malade, on voyait peu de matières excrémentitielles mêlées à la suppuration.

Un liquide roussâtre, dont la quantité pouvait être évaluée à deux ou trois cuillerées, s'échappait habituellement des fistules, au moment de l'excrétion urinaire, et le chirurgien qui m'avait précédé dans le service, en attribuait la source à quelque vieux foyer purulent, se vidant par la compression déterminée par la contraction des muscles abdominaux. Nous eûmes quelques doutes à cet égard, et nous fîmes plusieurs essais pour nous assurer si ce liquide n'était pas de l'urine. Ainsi nous le fîmes recueillir après avoir prescrit l'usage alimentaire des asperges, et nous lui trouvâmes l'odeur que présentent alors les urines; la même expérience fut répétée avec le même succès par la térébenthine, et enfin pour lever tous les doutes, je priai le docteur Donné, l'un des hommes qui s'occupent avec le plus de succès de l'étude analytique des solides et des liquides du corps humain, d'examiner le liquide recueilli. Voici la réponse que cet habile expérimentateur nous adressa :

« On peut affirmer que le liquide, ainsi que vous le supposiez, n'est autre chose que de l'urine contenant une grande

quantité de pus; voici, en effet, les caractères qu'il présente:

1° Il rougit le papier de tournesol;

2° Traité par l'acide azotique, il laisse déposer des cristaux d'azotate d'urée;

3° Par le repos, il se forme au fond du vase un dépôt de matière blanche un peu verdâtre, composée de globules purulens parfaitement intacts;

4° Le même dépôt renferme également un petit nombre de globules sanguins. »

Il était donc évident que nous avions à traiter un ancien abcès de la fosse iliaque droite, compliqué de la perforation du cœcum et de celle de la vessie; ainsi le liquide offrait le triple caractère du pus, des matières stercorales, et de l'urine. La lésion était bien grave et peu susceptible de guérison. Cependant nous devions tenter quelques moyens de soulager le malade, et ne pas désespérer de son salut.

La diarrhée, qui était constante, fut combattue par des demi-lavemens amilacés et opiacés. L'alimentation fut prescrite assez légère et facilement digestible, de manière à satisfaire en partie l'appétit qui était assez bien conservé. Je dilatai avec de l'éponge préparée l'orifice fistuleux principal, pour prévenir la rétention des liquides sécrétés ou provenant de l'intestin, et je cherchai à engager un cathéter dans la vessie, avec l'espoir de laisser une sonde en gomme élastique à demeure, si elle pouvait être supportée. Je voulais empêcher ainsi toute accumulation d'urine dans la vessie, et m'opposer à la sortie de ce liquide par le trajet fistuleux; mais le malade ne put jamais supporter la sonde, quoique le canal de l'urèthre fût resté sain et n'offrît aucun rétrécissement.

Nous n'obtînmes aucune amélioration de ces tentatives,

et au moment où M. L. se disposait à aller aux eaux, malgré son extrême affaiblissement, il fut attaqué d'une péritonite partielle du côté gauche de l'abdomen, à laquelle il succomba le 18 mai 1840.

L'examen cadavérique nous montra les parois abdominales de la fosse iliaque droite, décollées, épaissies, noirâtres ; tous les tissus subjacens, homogènes, indurés, comme squirrheux ; la face antérieure du cœcum présentait le même état, cet intestin nageait au milieu d'un liquide noirâtre, et était décollé en arrière où existaient plusieurs ulcérations assez larges, qui avaient donné passage aux gaz et aux matières intestinales, pendant la vie. Dans l'intérieur du cœcum, la muqueuse avait été çà et là décollée et en partie détruite sans perforation extérieure. Le décollement des parois abdominales gagnait inférieurement l'arcade crurale, et l'abcès avait envahi la fosse iliaque droite et s'étendait dans la cavité pelvienne. Toutes les parties situées dans le petit bassin étaient indurées, criblées d'abcès interstitiels assez larges, ou changées en un détritus blanchâtre ; la prostate avait disparu et était convertie en une collection purulente verdâtre, enveloppant les vésicules séminales qui s'y trouvaient confondues. Le rectum était déprimé et entouré de pus, mais il était resté sain intérieurement, ainsi que tout le gros intestin depuis le cœcum. Une épaisse induration pelvienne renfermait les vaisseaux et nerfs iliaques, obturateurs, et l'uretère. Le bas-fond de la vessie était traversé par une ouverture étroite noirâtre, communiquant avec les foyers purulens voisins et l'abcès iliaque. Les faces antérieure, supérieure et latérale de ce viscère, étaient saines, et chose remarquable, la surface interne ou muqueuse en était blanchâ-

tre et sans aucune altération, à l'exception du point ulcéré.

A gauche, nous découvrîmes tous les signes d'une péritonite aiguë récente. Des fausses-membranes encore molles unissaient l'S iliaque du colon aux surfaces voisines. Le muscle psoas du même côté était ramolli, grisâtre, infiltré de pus, le muscle iliaque participait en dedans à la même altération, et c'était ces lésions subites, entées sur tant de désordres anciens et profonds qui avaient évidemment causé la mort en quelques jours.

On se demande avec étonnement comment le malade avait pu vivre malgré tant d'organes attaqués ou détruits par une phlegmasie qui remontait certainement à plusieurs années, et qui avait converti la plus grande partie des tissus pelviens en une masse purulente et gangréneuse ou indurée, et comme squirrheuse.

C'est une nouvelle preuve de la compatibilité de la vie avec des altérations que le moindre degré d'acuité pourrait rendre fatales, et qui cependant s'accroissent chaque jour, sans réactions très notables et sans troubles fonctionnels fort apparens, tant qu'elles restent à l'état chronique. Nous ne voulons pas insister, dans ce moment, sur l'immense différence qui sépare les lésions rapides ou aiguës, de celles qui sont lentes dans leurs progrès; mais tous les médecins et les chirurgiens les ont remarquées, et il semble que l'économie s'accoutume véritablement aux états pathologiques les plus graves lorsqu'ils sont développés par degrés insensibles, tandis qu'elle succombe aux perturbations même peu étendues, mais produites brusquement. On vit avec un poumon criblé d'abcès et de tubercules, qui ne reçoit certainement pas la vingtième partie de l'air qu'il pourrait contenir dans l'état normal, et on meurt d'une pneumonie aiguë partielle qui a

induré, en quelques jours, une très petite portion des lobes pulmonaires.

Si nous nous demandons quel a été chez M. L. le point de départ de la maladie, nous devrons répondre par diverses suppositions. Il ne serait certainement pas impossible qu'un ulcère du cœcum ou une perforation de la vessie eussent déterminé consécutivement tous les accidens; mais nous croyons plus probable que des bubons ou un abcès de la prostate, compliqués d'infection syphilitique, ont été la véritable origine du mal.

Nous avons eu dernièrement à traiter un malade atteint d'un abcès iliaque, à la suite d'une ganglionite inguinale causée par des chancres. L'inflammation s'était propagée le long du psoas, et du pus s'était formé derrière l'arcade crurale.

En supposant chez M. L. la même complication, nous admettrons qu'un abcès s'est formé dans la fosse iliaque droite, qu'il a dénudé et perforé le cœcum, et qu'une fois le passage des matières fécales établi dans le foyer, les tissus en contact se sont de plus en plus altérés par continuité, jusqu'au bas-fond vésical qui aura été ulcéré de la même manière.

M. Rognetta a rapporté, dans la *Gazette médicale*, un semblable exemple d'abcès vésico-stercoral; la vessie n'était également altérée que dans le point de l'orifice fistuleux; mais les parois abdominales étaient intactes, et aucune communication extérieure ne s'était encore établie.

Nous avons vu dernièrement au Val-de-Grâce un cas complètement pareil, la vessie et l'intestin étaient perforés, mais il n'y avait pas eu d'ouverture extérieure.

Les abcès iliaques primitifs s'ouvrent dans l'intestin ou la vessie, de même que chez les femmes, ils viennent

quelquefois s'ouvrir dans le vagin. Si on classe ces sortes de terminaisons sous le rapport de leur fréquence, on peut dire que les abcès s'ouvrent dans l'intestin le plus ordinairement, puis dans le vagin, et enfin dans la vessie. La guérison arrive ainsi assez fréquemment; on conçoit, au contraire, que dans le cas où ce n'est plus le pus de l'abcès qui s'échappe par les voies anormales, mais les liquides stercoraux et urinaires qui viennent se mêler à la collection purulente et en vicier le foyer, le danger devient grave, s'il n'est pas toujours au-dessus des ressources que nous pouvons lui opposer.

Lettre de M. Hello, chirurgien-major de la marine, à M. Velpeau, sur un cas de résection de l'humérus.

MONSIEUR,

J'étais loin de France, quand vous fîtes paraître vos *nouveaux élémens de médecine opératoire* (1), et je n'eus connaissance qu'à mon retour de la mention honorable que vous aviez eu la bonté de faire d'une thèse écrite bien à la hâte, et dans laquelle je n'ai fait que reproduire les leçons que j'ai reçues de M. Foullioy, chirurgien en chef de la marine au port de Brest. Il était déjà trop tard pour vous en faire mes remercîmens. Je viens vous demander aujourd'hui une preuve nouvelle de bienveillance, en vous priant de donner accès dans vos *Annales de la chirurgie française et étrangère* à l'observation suivante, si toutefois vous la jugez digne d'y figurer.

(1) Deuxième édition, Paris, 1839, 4 vol. in-8. et atlas in-4. de 22 pl. gravées.

Fracture de l'humérus gauche au niveau du col chirurgical. Sortie du fragment inférieur à travers les parties molles et les vêtemens. Résection de l'os. — Désarticulation de la tête de l'humérus. — Guérison.

Le 16 avril 1841, Robson (Richard), âgé de 15 ans, mousse appartenant au brick anglais *le Septima*, en rade de Cherbourg, était occupé dans la hune de ce navire, et travaillait à dégager une manœuvre, lorsqu'en faisant effort pour l'entraîner de son côté, elle céda brusquement, en sorte qu'il perdit l'équilibre et tomba sur le pont. Le coude ayant porté violemment au moment de la chute, il en résulta une fracture par contre-coup de l'humérus au niveau du col chirurgical, et le fragment inférieur fut chassé au dehors à travers la peau, qui offrait une déchirure de cinq centimètres entre le grand pectoral et le deltoïde. Le malade fut transporté immédiatement à l'hôpital de la marine, où le prévôt de chirurgie, M. le docteur Arlaud, me fit appeler, après avoir réduit la fracture.

Quand je visitai le malade, une hémorrhagie qui s'était montrée fort abondante au moment de la blessure, semblait tarie; mais, introduisant le doigt dans la plaie, je trouvai celle-ci pleine de caillots, et je sentis le fragment inférieur de l'humérus dénudé de son périoste dans l'étendue de six centimètres environ. Le fragment supérieur, très court, offrait une multitude de petites esquilles qui s'étendaient jusqu'aux attaches de la capsule articulaire.

Mon parti fut pris sur-le-champ, et, aidé par MM. Arlaud et Burdel, chirurgiens de la marine, je résolus de découvrir l'articulation scapulo-humérale, dans le double but de réséquer l'humérus et d'extraire la tête de cet os.

Convaincu, comme vous le dites fort bien, monsieur, que la résection ne diffère de l'amputation que par le dernier temps de l'opération, je me déterminai à suivre le procédé que j'ai signalé dans ma thèse, et qui consiste à cerner le deltoïde par une incision demi circulaire commençant un peu au-dessous de l'apophyse coracoïde, suivant le trajet de la ligne celluleuse qui sépare le grand pectoral du deltoïde, tournant en dehors au niveau de l'insertion inférieure de ce dernier muscle que je coupe jusqu'à l'os, et remontant ensuite jusqu'au niveau de l'acromion, en suivant le bord externe du deltoïde qui, se trouvant ainsi circonscrit, est détaché à grands traits et relevé sur le moignon de l'épaule, où il est maintenu renversé. Les artères qui le nourrissent sont liées. Portant alors hors de la plaie la partie supérieure de l'humérus (mouvement que je rends très facile en tenant l'os par les condyles pour le diriger), je contourne le périoste avec le bistouri au-dessous de l'endroit où il est déchiré, et, après avoir placé une lame de carton entre les chairs et l'os, je fais basculer un peu celui-ci, de manière à incliner son extrémité supérieure en dehors, et je l'abats au moyen de la scie ordinaire.

En soulevant la totalité du deltoïde, je me suis donné une grande liberté d'action et j'ai considérablement atténué les dangers de l'opération, car les parties délicates sur lesquelles je vais opérer sont largement découvertes; aussi m'est-il très facile d'inciser circulairement la capsule de l'articulation et de couper, avec un fort bistouri, les tendons des muscles grand rond, petit rond, grand dorsal et sous-scapulaire; puis inclinant la lame de mon instrument en bas, le tranchant en dehors, je détache promptement la tête de l'humérus.

L'artère circonflexe postérieure, qui donnait fortement, fut liée aussitôt; mais ici se présente une difficulté qui doit

se rencontrer souvent, et qui sera, je n'en doute point, une cause fréquente d'insuccès. L'artère est coupée si près du tronc qui lui donne naissance qu'une hémorrhagie secondaire doit être imminente par l'impossibilité de la formation du caillot. Ce danger me frappa si vivement, que je fus au moment de jeter un fil autour de l'axillaire; mais c'eût été perdre le bénéfice de mon opération et compromettre un membre que j'avais à cœur de conserver au malade. Le tronc artériel était si superficiel qu'on le voyait battre au fond de la plaie. Je passai outre néanmoins, et, après avoir excisé le nerf musculo-cutané que l'os avait déchiré, je rabattis le deltoïde sur la plaie et je procédai au pansement. J'avais eu six branches artérielles à lier. Je pratiquai trois points de suture à la partie externe de la plaie; je réunis le reste avec des bandelettes de diachylum, et, après avoir recouvert les parties de charpie douillette et de compresses que je maintins par des tours de bande croisés de l'épaule malade sous l'aisselle du côté opposé, je ramassai l'avant-bras et la main dans une écharpe. Un léger coussin de charpie très molle séparait le bras de la poitrine.

La nuit fut excellente. Le 17 et le 18 se passèrent très bien. Diète, tisane adoucissante, lavement, potion antispasmodique.

Le 19, mouvement fébrile très prononcé. Diète, limonade tartrique. L'odeur très forte qui s'exhale de la plaie me conduit à lever l'appareil. Suppuration grumeleuse, lactescente, assez fétide et abondante.

Du 19 au 23, même état.

Le 23, amélioration. Chute de deux ligatures. Le mouvement fébrile est moins sensible; la suppuration est de meilleure nature.

Le 22, la partie interne de la plaie est cicatrisée; les fils des sutures sont extraits; le pus s'écoule lentement; le malade mange la soupe.

Le 29, chute de toutes les ligatures. La cicatrisation se fait en dehors et en dedans.

Le 1er mai, accès de fièvre intermittente bien caractérisé.

Le 2, *idem*. Sulfate de quinine, 4 décigrammes à prendre en potion pendant l'apyrexie.

Le 3, état très satisfaisant; la cicatrice gagne, l'appétit se prononce, la fièvre ne revient pas. On continue le sulfate de quinine pendant plusieurs jours à la même dose, puis à doses décroissantes, jusqu'au moment où la nutrition commence à s'opérer d'une manière sensible.

Du 4 au 25 mai, amélioration progressive. Le petit malade reprend de la gaîté; il mange la demie, se lève et se promène tous les jours. La suppuration est peu abondante et de très bonne nature; c'est à peine si, d'un pansement à l'autre, la charpie en est imbibée. La plaie est réduite à une longueur de 4 centimètres à la partie la plus déclive, et est recouverte de bourgeons charnus qui annoncent une guérison très prochaine. Aucun accident sérieux n'est venu entraver la guérison du jeune malade.

Le 26, je dégage le bras de toutes ses enveloppes, ainsi que du petit coussin, et je soutiens l'avant-bras avec une simple lanière en peau, afin de laisser au blessé la liberté de ses mouvemens. L'extrémité est très débilitée; car c'est avec difficulté que l'enfant peut tenir un corps arrondi entre les doigts de la main gauche. Toutes les fonctions continuent à se faire régulièrement.

Le 31, cicatrisation de la plaie. Les mouvemens de la main sont assez bien rétablis pour permettre au blessé de

saisir les objets les plus petits; mais ceux de l'avant-bras sont encore peu étendus. L'enfant, ayant repris des forces, demande instamment à retourner en Angleterre, où j'ai l'intention de le renvoyer par le premier transport.

Voilà, monsieur, une observation qui, jointe à celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour, prouve que, dans beaucoup de circonstances, la résection de l'humérus et la désarticulation de la tête de cet os peuvent suppléer l'amputation dans l'article; et les résultats en sont si différens pour le malade, qu'on ne saurait trop réfléchir avant de le priver d'un membre aussi utile.

J'ai eu occasion de rencontrer un cas analogue, en 1830, à bord du vaisseau rasé *la Guerrière*, dont j'étais le chirurgien-major; mais je n'enlevai point la tête de l'humérus, et le Turc, sujet de cette observation, ayant été envoyé à Smyrne, à bord du vaisseau *la Ville-de-Marseille*, cinq jours après l'opération, je n'ai pu savoir quel en avait été le résultat définitif.

Si vous m'y autorisez, monsieur, cette communication ne sera pas la dernière que j'aurai l'honneur de vous faire. Veuillez croire, etc.

Le chirurgien-major de la marine,

HELLO, D. M.

Cherbourg, le 31 mai 1841.

Les faits observés par un homme du mérite de M. Hello, seront toujours accueillis favorablement par nous. L'observation qui précède offre d'ailleurs un véritable intérêt, tant sous le rapport du procédé opératoire adopté par l'auteur, que sous le point de vue de la résection de l'humérus considérée en elle-même.

OBSERVATIONS DE CHIRURGIE;

Par M. Demeaux, interne, aide d'anatomie de la Faculté.

Hernie dépourvue de sac péritonéal. — Disposition très singulière du cæcum hernié par rapport à l'intestin grêle.

Dans les derniers jours de décembre 1840, je pris pour mes dissections, le cadavre d'un homme de 55 à 60 ans, d'un embonpoint médiocre, fortement musclé, et déjà dans un état de putréfaction assez avancée. Cet homme portait du côté droit une hernie inguinale, dont j'entrepris immédiatement la dissection ; la longueur du scrotum, la dilatation des parties molles qui avoisinent le pubis, m'avaient fait soupçonner une hernie volumineuse, quoique la tumeur qu'on apercevait sur le cadavre ne fût pas plus grosse qu'un œuf; je pensais que le sac herniaire n'était pas complètement rempli par les organes. Quoi qu'il en soit, j'exerçai sur le ventre une compression saccadée pour refouler les intestins et tendre le plus possible la tumeur herniaire, et je la maintins dans cet état de tension, pour en opérer la dissection avec plus de facilité, au moyen d'un billot très lourd que je plaçai sur le ventre du cadavre ; à en juger par l'aspect que présentent les tégumens extérieurs, ce sujet n'aurait jamais porté de bandage ; car, au niveau de la hernie, les poils sont parfaitement intacts, et aussi épais que du côté opposé.

Je détachai successivement toutes les couches qui recouvraient la tumeur, et j'arrivai ainsi sur le sac herniaire, ou plutôt sur ce que je croyais être le sac herniaire; mais au lieu de trouver une membrane uniforme et résistante, j'aperçus,

après avoir enlevé le tissu cellulaire qui recouvrait cette masse, des faisceaux musculaires très distincts; je reconnus immédiatement que j'avais sous les yeux la paroi postérieure du cœcum. Curieux de voir la disposition qui existait du côté du ventre, je ne poussai pas plus loin mes investigations du côté du scrotum; mais j'ouvris immédiatement la paroi abdominale par une incision cruciale, et je constatai la disposition suivante :

Le cœcum, au lieu d'occuper la fosse iliaque, était placé sur la paroi abdominale, recouvert par le péritoine sur une de ses faces seulement; la paroi adhérente de cet organe, placée au niveau du canal inguinal, s'était engagée dans ce trajet, et venait former au niveau du pubis, la tumeur que j'ai déjà mentionnée; la paroi libre recouverte du péritoine, avait suivie la même voie; elle s'était pour ainsi dire invaginée dans la première, et avait formé ainsi du côté du ventre, une cavité, véritable sac herniaire dans lequel une anse d'intestin grêle, de sept à huit pouces d'étendue, était venue s'engager; en comprimant la tumeur herniaire du côté du pubis, je réduisis avec beaucoup de facilité la portion d'intestin renfermée dans la hernie, et, dans cet état, les parois du cœcum étaient tellement bien appliquées l'une contre l'autre, qu'un examen peu attentif aurait pu en imposer et faire croire que la cavité séreuse que l'on apercevait était un sac herniaire ordinaire, tout-à-fait indépendant du cœcum; en comprimant de nouveau la tumeur du côté du pubis, même avec assez de force, je ne pus parvenir à faire rentrer dans le ventre la paroi péritonéale, et, comme il existait au niveau de l'ouverture de cette espèce de sac herniaire un épaississement très marqué du péritoine, je crus un instant que des adhérences s'étaient établies en-

tre les surfaces muqueuses de l'intestin ; j'employai, pour obtenir la réduction, une autre manœuvre qui me réussit complètement : faisant comprimer le colon ascendant vers la partie supérieure de la fosse iliaque, de manière à empêcher les matières de passer, je refoulai du côté du cœcum les matières liquides et les gaz que contenait l'intestin grêle, et je pus constater qu'à mesure que les matières arrivaient dans la cavité cœcale, la réduction s'opérait seule, le cœcum reprenait sa forme ordinaire, et on ne voyait plus de sac herniaire. La tumeur fermée par la paroi adhérente persistait néanmoins, mais elle devenait de moins en moins volumineuse à mesure que le cœcum se distendait davantage. (Je conserve la préparation anatomique sur laquelle existe cette remarquable disposition.)

Je regrette beaucoup de n'avoir pu avoir sur cet homme quelques renseignemens concernant la réductibilité de sa hernie ; mais je n'ai pas même pu savoir dans quel hôpital il avait succombé.

Coup de feu à la cuisse, reçu en 1813 ; — Séjour d'une balle dans le membre pendant 27 ans. — Elle apparaît dans l'articulation du genou droit. — Extraction par la méthode sous-cutanée. — Guérison.

Le 27 mars 1841, est entré à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, 47, dans le service de M. le professeur Velpeau, le nommé Baunez (Alexandre), ancien militaire. Cet homme d'un teint pâle, et sans embonpoint, est assez fortement musclé, il paraît doué d'une bonne constitution ; il assure n'avoir jamais eu de maladie sérieuse, si ce n'est des fièvres intermittentes pendant qu'il était en Espagne ; et

plusieurs blessures par armes de guerre, parmi lesquelles, il signale comme la plus grave celle qui le conduit actuellement à l'hôpital.

En 1813, en Espagne, cet homme reçut un coup de feu à la cuisse, la balle pénétra par le bord interne du jarret, à deux pouces environ au-dessus du niveau de l'articulation du genou droit; il n'y eut après la blessure, ni hémorrhagie, ni autre accident sérieux; mais, comme il fut fait prisonnier dans cette affaire, aucun soin ne lui fut donné immédiatement; le lendemain seulement, après avoir été transporté à une distance de quatre lieues environ, il fut visité par un chirurgien qui trouvant le genou fortement tuméfié, ne fit aucune tentative pour extraire le corps étranger, appliqua sur le membre des topiques émolliens, et pratiqua au malade une large saignée. Transporté dans une autre ambulance trois jours plus tard, il fut confié aux soins d'un autre chirurgien qui, au dire du malade, l'examina très superficiellement, et ne fit aucune tentative pour extraire la balle; en attendant, une suppuration abondante survint, mais les accidens inflammatoires se dissipèrent peu-à-peu, la mondification s'opéra assez promptement, et au bout d'un mois environ, la cicatrisation était complète; néanmoins, l'articulation du genou conserva de la raideur pendant plusieurs semaines, le malade ne put marcher librement sans le secours d'une béquille; mais après trois mois, tous les accidens s'étaient dissipés. Cet homme à pu reprendre le service militaire, et exercer encore pendant quinze ans, la profession de gendarme dans les départemens, sans éprouver aucune douleur, aucune gêne; il ne soupçonnait même pas dans quel lieu la balle pouvait être placée.

Il y a un an, environ, le malade a commencé à éprouver

de la lassitude dans l'articulation malade; il ne pouvait faire de marche forcée sans ressentir même des douleurs assez vives. Son genou était tuméfié le soir: mais, dans les premiers temps, le gonflement disparaissait pendant la nuit; il s'en inquiéta peu. Après quelques semaines, il s'aperçut que le gonflement était permanent; et, pendant qu'il palpait son genou, il sentit tout-à-coup, dit-il, un corps dur qui glissait sous ses doigts; il fut convaincu que c'était la balle. Cependant, comme il n'éprouvait pas de douleurs très vives, il négligea sa maladie pendant plusieurs mois, et il ne tarda pas à s'apercevoir que la tuméfaction du genou devenait de plus en plus considérable, la douleur plus forte, la progression plus difficile; il se décida à consulter un médecin qui lui prescrivit une genouillère; mais le malade ne put pas la supporter. Il s'est enfin décidé à entrer à l'hôpital, où nous avons constaté l'état suivant :

Le genou droit est beaucoup plus volumineux que celui du côté opposé; sans changement de couleur à la peau, ne faisant éprouver aucune douleur quand le membre est en repos, ni même quand on lui imprime de légers mouvemens. La progression peut encore s'effectuer sans trop de difficulté; on constate facilement que l'articulation est distendue par l'accumulation d'une grande quantité de sérosité qui vient proéminer au-dessus de la rotule, dans le cul-de-sac synovial; en déprimant cet os, on sent qu'il refoule une couche de liquide avant d'arriver au contact du fémur. Le corps étranger, que le malade sent et fait mouvoir à volonté, est placé dans le cul-de-sac de la synoviale; souvent il reste caché dans le tendon du triceps, où les doigts ne peuvent le percevoir; mais souvent aussi il va se placer en dedans ou en dehors, où on peut facilement le fixer, le sentir,

et même en apprécier les dimensions. Le malade peut à volonté par des pressions convenablement exercées ou par des mouvemens appropriés, le faire aller dans le sens qui lui convient; nul doute que ce corps mobile ne fût la balle qui, ayant séjourné long-temps dans les tissus, avait fini par éroder la capsule et pénétrer dans l'article. Comme les accidens avaient augmenté rapidement et qu'on avait à craindre que la balle, par son propre poids, ne vînt se placer au-dessous de la rotule aussitôt que celle-ci, soulevée par la sérosité, ne formerait plus obstacle, et que dans ce point elle aurait déterminé des désordres auxquels on n'aurait pu remédier que par une mutilation, M. Velpeau conseilla l'extraction du corps étranger; l'opération fut pratiquée, le 2 avril, de la manière suivante :

Le malade couché sur le dos, le membre dans un relâchement complet, la balle fut poussée en haut et en dedans, et fortement assujettie par les doigts d'un aide, une incision d'un centimètre et demi fut pratiquée à l'aide d'un bistouri convexe, mais éloignée de la balle de trois centimètres environ, en haut et en arrière; cette première incision n'intéressa que la peau; un petit ténotome introduit à travers les couches cellulaires, pénétra jusqu'à la balle, servit à ouvrir la capsule articulaire et les couches environnantes; ce temps de l'opération terminé, la balle s'échappa entre les doigts de l'aide, par énucléation, et vint se placer au niveau de la première incision, sans pouvoir franchir la petite ouverture qu'avait occasionée l'introduction du ténotome; elle fut fixée dans ce point par l'anneau d'une clef, la couche cellulaire qui la retenait fut ensuite divisée, et le corps étranger sortit par son propre poids; l'aide continua à exercer une légère compression entre la plaie et l'articulation; néan-

moins il s'échappa par l'ouverture un demi-verre environ de synovie de consistance sirupeuse, et d'une coloration rougeâtre; les bords de la plaie furent réunis par des bandelettes agglutinatives ; une légère compression fut exercée sur l'articulation, et le malade fut replacé dans son lit.

Le soir de l'opération, le malade n'éprouva aucune douleur dans le genou, pas de réaction générale.

Le 3 avril, pas de douleur, pas de fièvre, mais le malade a la bouche mauvaise, quelques envies de vomir, la langue chargée; cet état inspire quelques inquiétudes, comme il n'y a pas eu de garde-robes depuis deux jours, on prescrit un lavement purgatif.

Cet état général a persisté, des vomissemens sont survenus, il y a eu successivement une constipation opiniâtre, à laquelle a succédé un dévoiement qui, quoique traité énergiquement, a persisté pendant plusieurs jours ; teinte légèrement ictérique de la peau, principalement des deux conjonctives; cet état a été combattu par une diète sévère, des lavemens purgatifs, un vésicatoire à l'épigastre.

Rien n'a pu faire soupçonner que cet état général se fût développé sous l'influence de l'état de l'articulation ; car pendant que ce désordre général existait, la lésion du genou était pour le mieux, il n'y a pas eu même menace d'inflammation, la réunion immédiate s'est opérée, et, le dixième jour après l'opération, on a pu suspendre tout pansement : le malade est sorti complètement guéri le 15 avril 1841, treize jours après l'opération.

Kyste gélatiniforme situé à la partie antérieure du cou.

Le 9 juin 1841 est entré à l'hôpital de la Charité, le nommé Caviara, âgé de 25 ans, étudiant (Grec d'origine). Ce jeune

homme, doué d'une excellente constitution, porte à la partie antérieure du cou une tumeur du volume d'un gros œuf de dinde; cette tumeur s'étend depuis le bord inférieur du cartilage thyroïde jusqu'à la fourchette sus-sternale; elle semble reposer sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien du côté droit; elle empiète néanmoins un peu sur la ligne médiane; elle a une large base, et se termine par une éminence arrondie, mais sans changement de couleur à la peau; en faisant contracter les muscles du cou, il est facile de s'assurer que la tumeur est superficielle, la contraction des muscles s'opère au-dessous d'elle; de plus elle est mobile, et si on cherche à la déjeter en dehors, en la refoulant par sa partie supérieure et interne, on sent le cartilage cricoïde, la trachée, le corps thyroïde, complètement isolés.

La tumeur n'a jamais été et n'est encore aujourd'hui le siège d'aucune douleur, la pression même ne fait éprouver aucune sensation désagréable, le malade assure n'avoir jamais éprouvé dans la région du cou autre chose que de la gêne. Voici du reste comment il raconte le développement de la maladie : Dès sa plus tendre enfance, ses parens se sont aperçus qu'il existait dans la région du cou une petite tumeur, et pendant plusieurs années on a essayé successivement divers topiques pour en obtenir la résolution. Comme la tumeur ne faisait pas de progrès rapides, et que du reste, elle ne faisait éprouver aucune gêne, on n'y songea plus; le jeune homme grandit, et la tumeur se développa insensiblement au point de présenter le volume que j'ai déjà indiqué; c'est seulement depuis six mois que la gêne a commencé à se manifester; le volume de la tumeur, aujourd'hui, empêche le malade de mettre sa cravate, et gêne même les mouvemens du cou; c'est pour ces motifs que ce jeune homme désire

être débarrassé de sa maladie; la tumeur est rénitente; lorsqu'elle est tendue, elle présente une grande régularité; pas de bosselures; on n'aperçoit pas de transparence.

Le 9 juin, M. Velpeau fait dans la tumeur une ponction avec un trois-quarts à hydrocèle; la canule de l'instrument avait pénétré dans une cavité qui paraissait très étendue; on pouvait sans éprouver aucun obstacle, la porter dans tous les sens; et néanmoins aucun liquide ne s'échappait; un stylet introduit par la canule du trois-quarts, arriva également dans une cavité; et en retirant le stylet, nous aperçûmes une matière grisâtre, très homogène, de consistance gélatineuse, qui se présentait à l'orifice de l'instrument; en comprimant fortement la tumeur, on put la vider presque en totalité; une injection iodée fut faite dans le kyste, ce liquide délaya un peu la matière contenue; aussi lorsque l'injection s'échappa, elle était plus consistante et d'une couleur grisâtre qui indiquait manifestement la présence de la matière propre du kyste; on a retiré de la tumeur environ 100 gram. de cette matière; celle-ci était d'une couleur grise, d'une consistance de gelée, mais bien liée; elle présentait quelque analogie avec du *méconium*, si ce n'est que ce dernier est moins consistant et d'une couleur plus foncée; quelques heures après l'opération, cette matière a même pris de la consistance à tel point qu'on pouvait renverser le vase dans lequel elle était renfermée, sans qu'elle se détachât; l'analyse chimique et l'examen microscopique n'ont démontré dans cette substance autre chose que de la graisse.

Après la ponction et l'injection iodées, la tumeur s'est enflammée, il y a eu un peu de rougeur à la peau, mais sans réaction fébrile; l'inflammation s'est terminée promptement; le 16 juin, sept jours après son entrée, le malade a pu sortir.

Sa tumeur présentait à-peu-près le même volume qu'avant, mais elle n'était plus le siège d'aucun travail inflammatoire.

Le 23 juin 1841, le malade est rentré à l'hôpital pour se soumettre à un autre traitement; la tumeur présentait à-peu-près les caractères que j'ai décrits précédemment. M. Velpeau veut cette fois opérer le kyste par excision d'une partie de ses parois; il y procède de la manière suivante : une érigne est enfoncée dans la paroi de la tumeur et sert à fixer celle-ci; un bistouri droit dirigé de bas en haut, sert à fendre le kyste dans une étendue de deux pouces environ; la portion de paroi saisie par l'érigne a été ensuite excisée de manière à produire une perte de substance de forme elliptique. Au moment de la première incision, il s'est échappé une assez grande quantité de matière semblable à celle que j'ai signalée précédemment; la coloration n'était plus la même, elle présentait une teinte rougeâtre, causée par la présence de l'iode dans le kyste.

L'opération n'a du reste présenté rien de particulier; le kyste a été vidé et nettoyé, et rempli de boulettes de charpie; le malade n'a éprouvé aucun accident.

TRAITEMENT DE L'ANKYLOSE ANGULAIRE DU GENOU,

Par la méthode de M. Louvrier; rapport à l'académie royale de médecine, par M. A. Bérard, chirurgien de l'hôpital Necker. (1)

« Messieurs, M. le ministre a renvoyé à l'examen de l'Académie une machine inventée par M. le docteur Louvrier, de Pontarlier, pour opérer le re-

(1) *Bulletin de l'Académie royale de Médecine*; t. VI, pag. 636.

dressement des ankyloses angulaires de l'articulation du genou; en même temps M. Louvrier a transmis à l'Académie la relation de cinq opérations faites en province et qui ont été suivies de guérison. Depuis cette époque, il a pratiqué seize fois cette opération à Paris, en présence de plusieurs membres de l'Académie, de médecins et de chirurgiens des hôpitaux et d'un grand nombre d'autres praticiens. Enfin l'essai de sa méthode a été fait sur une malade de Troyes: en tout vingt-deux opérations.

« Avant de passer ces opérations en revue, jetons un coup-d'œil rapide sur les différens états anatomiques d'où résulte l'impossibilité d'étendre l'articulation fémoro-tibiale; tantôt les cartilages articulaires ayant disparu, les surfaces osseuses se collent ensemble de telle sorte que le tibia, le fémur et la rotule se trouvent fondus en un seul os: c'est l'ankylose vraie ou complète. Tantôt les surfaces articulaires dépouillées de cartilage, comme dans le cas qui précède, sont unies par une substance fibreuse plus ou moins serrée; sorte d'affection qui établit la transition entre la vraie et la fausse ankylose. Dans ces deux cas, la cavité de la membrane synoviale a disparu par suite des adhérences établies entre les divers points de sa face interne; dans un troisième cas, les parties fibreuses situées du côté du jarret ont peu-à-peu perdu de leur longueur parce que le membre est demeuré long-temps fléchi; dans un quatrième, ce sont les muscles fléchisseurs de la jambe, biceps, demi-tendineux, demi-membraneux, qui se sont rétractés. Dans ces deux dernières espèces d'ankyloses, appelées fausses ou incomplètes, l'articulation reste pourvue de ses cartilages et de sa membrane synoviale; elle peut souvent accomplir des mouvemens assez étendus dans le sens de la flexion; enfin les auteurs ont admis une cinquième cause d'ankyloses qui serait due au gonflement des extrémités articulaires des os; les ligamens allongés autant que possible dans tous les sens autour de l'articulation en borneraient tous les mouvemens.

« On rencontre des ankyloses dues à plusieurs des lésions que nous venons d'examiner. Ainsi l'adhérence fibreuse des surfaces articulaires peut coexister avec le raccourcissement des ligamens et la rétraction des muscles fléchisseurs.

« Nous appellerons encore l'attention de l'Académie sur quelques points importans de l'histoire anatomique de l'ankylose du genou: 1° alors même que le tibia et le fémur jouissent d'une certaine mobilité, la rotule est parfois intimement soudée avec les condyles du fémur.

« 2° L'ankylose est presque toujours compliquée d'un commencement de luxation en haut et en arrière de la jambe sur la cuisse, en même temps que

les condyles du fémur subissent à leur partie postérieure, une atrophie plus ou moins considérable. Nous ferons ressortir les conséquences de ces dispositions quand nous parlerons des luxations qui surviennent, soit au moment de l'opération, soit dans les jours qui la suivent.

« 3° Il y a souvent un déplacement de la jambe selon sa circonférence, de telle sorte que le condyle interne du tibia se porte sous celui du fémur en avant, tandis que l'externe s'enfonce profondément derrière le condyle externe du fémur; de là, la rotation du pied en dehors; en outre, l'axe vertical de la jambe s'incline de haut en bas et de dedans en dehors, ce qui fait paraître le genou cagneux.

« 4° Enfin le nombre entier éprouve une atrophie en tous sens; ce qui augmente encore la difformité.

« Quelle que soit l'espèce d'ankylose, la méthode de M. Louvrier reste la même; voici comment il procède : il commence par garnir le membre à redresser, principalement au niveau du genou et des malléoles avec du coton ou des pièces de vieux linge que maintiennent des tours d'une bande roulée depuis le pied jusqu'au milieu de la cuisse; il place ensuite autour de la cuisse et de la jambe de fortes attelles de cuir bouilli, concaves, selon leur longueur, pour mieux s'adapter à la convexité du membre, et il les fixe solidement à l'aide de courroies. Le pied est reçu dans un chausson de laine, puis dans un brodequin lacé sur le coude-pied; la semelle du brodequin est très solide, elle présente, vers son tiers postérieur, une pièce d'acier munie d'une mortaise.

« L'ankylosé placé sur la machine, la contre-extension est faite par un cuissart attaché sur le haut de la cuisse; une forte courroie fixée à la partie inférieure du cuissart sert à le retenir solidement à la selette sur laquelle est assis le malade. La cuisse et la jambe sont alors reçus dans une sorte de gouttière en cuir dont les bords se lacent sur la partie antérieure du membre; deux longues attelles mécaniques extrêmement fortes sont fixées, à l'aide de la gouttière, sur les parties latérales du membre; chacune d'elles est composée de deux branches articulées à charnière, au niveau de l'articulation du genou.

« L'extension est faite à l'aide d'une forte corde à boyau, autour d'un treuil, lui-même fixé à l'extrémité de la planchette sur lequel est posé le malade. Cette corde agit en tirant sur le pied, mais, en même temps, et par un mécanisme extrêmement ingénieux, elle détermine une pression constante et énergique sur la partie antérieure du genou pendant toute la durée de l'opération, en sorte que le redressement du membre est effectué par une double

puissance. D'une part, la traction sur les deux extrémités de l'angle; d'autre part, la pression exercée sur le sommet de celui-ci.

« Dès que toutes les pièces de l'appareil sont convenablement disposées, M. Louvrier met le treuil en mouvement à l'aide d'une manivelle qu'il tourne jusqu'à ce que le redressement du membre soit complet. D'ordinaire, l'extension se fait dans le court espace de 25 à 30 secondes. Dans les cas où les muscles étaient rétractés avant l'opération, M. Louvrier a plusieurs fois laissé la jambe ainsi allongée pendant une demi-minute avant de la mettre en liberté.

« Lorsque toutes les pièces sont enlevées on voit tout de suite la flexion se reproduire, mais à un moindre degré, en général, qu'avant l'opération : on peut imprimer des mouvemens assez étendus de flexion et d'extension. M. Louvrier avait l'habitude de mettre ses premiers opérés dans le bain; depuis il a renoncé à cet usage; il recouvre immédiatement le genou de compresses imbibées de solutions narcotiques et adapte au membre une planchette qui, agissant à la manière d'un levier du premier genre dont le point d'appui repose sur le devant du genou, a pour effet de le ramener peu-à-peu à une rectitude parfaite. Au bout d'une dizaine de jours, quelquefois plus tôt, d'autres fois plus tard, selon la sensibilité des malades, M. Louvrier substitue à la planchette un autre appareil qui tend au même but et de plus sert à soutenir l'articulation pendant la marche. Ce second appareil, d'un usage fréquent en orthopédie, se compose d'un brodequin à semelle solide : sur les bords de la semelle, au niveau des malléoles, sont fixées deux attelles d'acier qui remonte parallèlement, l'une en dedans, l'autre en dehors du membre, jusqu'au milieu de la cuisse, où elles sont fixées par une large courroie circulaire : une autre pièce de cuir fixe ces attelles sur la jambe, tandis qu'une troisième passant au devant du genou le presse d'avant en arrière et s'oppose à sa flexion. Dans les cas heureux le malade se lève vers le quinzième jour; il se sert d'abord de béquilles, puis d'un béquillon, puis enfin il peut marcher sans le secours d'aucun moyen accessoire.

« Telle est la méthode de M. Louvrier; lorsque son auteur vint à Paris nous proposer de la mettre à exécution, il n'y eut aucun praticien qui ne reculât devant la crainte des dangers qu'elle semblait devoir entraîner. Comment supposer, en effet que l'application d'une force aussi considérable que celle déployée par la machine de M. Louvrier, à l'articulation la plus compliquée du corps, ne produirait pas les résultats les plus funestes? Des tractions qui rappelaient le supplice de l'écartellement ne devaient-elles pas déterminer

les accidens nerveux les plus graves? l'inflammation, la suppuration des surfaces articulaires et des parties voisines ne devaient-elles pas être la conséquence inévitable de la distension forcée ou de la déchirure des parties fibreuses situées du côté de la flexion? Dans ce redressement brusque qu'allaient devenir l'artère poplitée, les nerfs sciatiques? les os eux-mêmes ne pouvaient-ils pas être fracturés? Cependant l'auteur de la méthode avait expérimenté sa machine sur le cadavre en redressant des genoux ankylosés, et la dissection des parties avait prouvé qu'aucune déchirure n'avait été produite; en outre cinq individus avaient subi le redressement d'ankyloses. Dans ce nombre il y en avait de très anciennes, de complètes, et cependant, loin qu'il en fût résulté des accidens, le succès avait couronné une tentative aussi audacieuse. Des certificats délivrés par des personnes dignes de foi et entre autres de MM. les professeurs de l'école de médecine de Besançon, donnent à ces faits toute l'authenticité désirable. Néanmoins un de vos commissaires n'osa pas engager une personne affectée d'ankylose, placée dans son service à l'hôpital Necker, à se soumettre à l'essai de la machine de M. Louvrier. Il fit venir la malade à l'Académie, et MM. Roux, Velpeau, Gerdy, Cloquet, Blandin, etc., qui l'examinèrent, partagèrent sa réserve. Malgré cette réprobation unanime, la malade bien avertie des dangers que nous redoutions, manifesta la ferme volonté d'être opérée soit à l'hôpital, soit chez elle : dès-lors nous cédâmes à son désir, et le redressement fut effectué : dans les jours suivans il n'y eut aucun accident ni local ni général : une dame de Pontarlier enhardie par ce résultat, se soumit bientôt à la machine : même innocuité que chez la première : une troisième, une quatrième, une cinquième furent successivement redressées ; chez aucune on ne vit apparaître ces formidables accidens que la théorie suggérait comme inévitables. Ce fut alors que ces faits commençant à se répandre dans le public, plusieurs praticiens, même de ceux qui avaient le moins favorablement accueilli la méthode, s'en montrèrent de zélés partisans et fournirent à M. Louvrier l'occasion d'en répéter l'emploi. Presque chaque semaine la machine fonctionnait, soit à Beaujon, soit à la Charité, soit à l'Hôtel-Dieu, soit en ville. Mais enfin vinrent les revers. Dès-lors la faveur commença à s'arrêter, et aujourd'hui le discrédit dans lequel est tombée cette invention témoigne de la réaction qui s'est faite dans les esprits.

« Chargée de la mission délicate de se prononcer dans une question aussi grave, votre commission croit devoir porter à la connaissance de l'Académie toutes les circonstances qui serviront de base à ses conclusions. Pour cela nous avons à étudier les effets de l'appareil au moment de son application ;

les phénomènes primitifs, les phénomènes secondaires, et enfin le résultat définitif auquel on arrive.

« *Premier point.* Bien que l'application des pièces d'appareil soit en général exempte de douleur, cependant elle est longue à faire ; elle dure à-peu-près une heure pendant laquelle le patient éprouve le supplice moral qui résulte des apprêts d'une opération douloureuse : ajoutons que sur quelques individus nous avons vu ces préparatifs occasionner une douleur réelle par suite de la pression violente que subissent certaines parties du membre ankylosé.

« L'opération elle-même est courte, mais elle est excessivement pénible ; l'altération profonde des traits de la face ; la pâleur, les sueurs et enfin les cris aigus arrachés à quelques opérés prouvent assez l'acuité de leurs souffrances. L'état qui succède à celui-là n'est pas le même chez tous : en général une douleur assez aiguë se prolonge pendant vingt-quatre à quarante-huit heures ; quelques-uns ne l'éprouvent que pendant une heure ou deux ; enfin nous avons vu un jeune homme chez qui elle a cessé de suite après que le membre eut été délié, et qui put retourner de la table d'opération à son lit, en s'aidant déjà de la jambe opérée.

« *Deuxième point.* Trois des malades sur vingt-deux ont éprouvé par le fait même du redressement brusque, une lésion grave du genou, que nous décrirons bientôt ; rien, d'apparent au moins, chez les autres ; ces derniers, examinés 24 heures après, avaient tous, le genou et le reste du membre dans un état satisfaisant ; peu de rougeur, le gonflement à peine sensible ; une malade opérée à l'Hôtel-Dieu, a pourtant vu se développer une réaction inflammatoire assez vive, avec gonflement phlegmoneux de tout le membre, qui a persisté pendant plusieurs jours, mais qui s'est enfin terminé par résolution. Chez tous les autres, les suites de l'opération ont été aussi simples que possible ; chez quelques-uns il s'est manifesté une ecchymose soit au creux du jarret, soit au mollet, soit à la cuisse ; quelquefois légère, quelquefois assez prononcée ; mais d'accident nerveux, mais d'arthrite, mais de phlegmons, mais d'abcès, mais de gangrène, mais de réaction générale, point.

« *Troisième point.* Voilà pour les phénomènes primitifs et secondaires : venons-en au résultat définitif, c'est-à-dire la configuration du membre et le rétablissement de ses fonctions.

« 1° Aucun des opérés soumis à notre examen n'a recouvré un genou parfaitement bien conformé. Cela tient, il est vrai, à plusieurs causes indépendantes de la méthode.

« Ainsi, en parlant des caractères anatomiques des ankyloses, nous

avons signalé cette rotation de la jambe, son inclinaison en dehors, circonstances que le redressement ne fait pas disparaître et qui entretiennent la difformité. Outre cela, chez le plus grand nombre, il s'est manifesté une déformation résultant de la saillie du fémur et de la rotule en avant, de la projection des tubérosités du tibia du côté du creux du jarret, et parfois d'un chevauchement du tibia en arrière du fémur, circonstances qui décèlent la luxation en arrière du premier de ces os sur le second. La cause de cette luxation est facile à saisir et ne doit pas faire préjuger la déchirure des ligamens croisés. Nous avons dit que la rotule pouvait être soudée sous les condyles du fémur. Dans ce cas, lorsque le redressement a lieu, le tibia vient bientôt s'arcbouter contre l'angle inférieur de la rotule, qui est dirigé en arrière, et de deux choses l'une : ou la pression du tibia fera décoller la rotule, et le genou sera bien conformé après l'opération, ou, ce qui est plus fréquent, la rotule résistera et le tibia décrira un arc de cercle, dont le centre sera au point de contact de sa partie antérieure avec l'angle de la rotule, et la circonférence au bord postérieur de ses tubérosités, mouvement qui laissera l'axe du tibia en arrière de l'axe du fémur. Le premier de ces résultats a été obtenu sur une malade de l'Hôtel-Dieu ; le second a pu être observé à Beaujon, à la Charité et chez quelques personnes opérées en ville. Voilà donc une cause primitive de luxation; une seconde se rencontre dans l'état d'atrophie de la partie postérieure des condyles du fémur. Cette conformation vicieuse nous rend compte des déplacemens secondaires survenus chez quelques opérés et en particulier sur la malade de l'Hôtel-Dieu, sur un de la rue l'Evêque, et il ne suppose ni la déchirure des ligamens, ni l'action prédominante des fléchisseurs : nous en donnerons en preuve les résultats obtenus par M. Duval à la suite de la section des tendons de ces muscles. On peut voir sur plusieurs des figures qui représentent les opérés de M. Duval après la guérison, la conformation particulière que nous venons d'indiquer et qui est parfaitement semblable à celle des opérés de M. Louvrier.

« Outre ces causes de difformité, il en est encore qui résultent d'un retour plus ou moins marqué du membre dans le sens de la flexion. Ce retour existe chez presque tous de 5 à 10 degrés dans la plupart ; de 15, 20 et même 25 degrés chez deux ou trois de ceux que nous avons observés.

« 2° Quel parti les malades peuvent-ils retirer de leur membre après le traitement ? Nous devons le dire, les fonctions du membre opéré ne se rétablissent qu'avec une extrême lenteur, et jusqu'ici que d'une manière

fort imparfaite. Ainsi les malades dont nous avons suivi la cure ne jouissent en aucune façon de la mobilité volontaire de l'articulation fémoro-tibiale, et rien ne fait présumer que cette mobilité doive un jour être plus parfaite qu'elle ne l'est maintenant. L'une d'elles est encore dans l'impossibilité de s'appuyer sur la jambe, à cause des douleurs dont le membre est le siège, bien qu'elle soit opérée depuis plusieurs mois; d'autres peuvent à peine quitter la chambre : il leur faut pendant la marche un moyen prothétique (canne ou béquille), auquel ils confient la plus grande partie du poids du corps. Ceux qui sont dans l'état le plus satisfaisant sont encore obligés de porter l'appareil dont nous avons parlé plus haut et de soulager le membre redressé, en prenant un certain appui, soit sur une canne, soit sur le bras d'une autre personne. Une seule marche sans bâton ni appareil; chez elle, le membre est loin d'être en ligne droite, en sorte que l'allongement n'a pas été très considérable. Elle pose à chaque pas la plante du pied par terre: aussi la claudication est-elle très marquée. Nous ne parlons ici que des personnes restées à Paris soumises à notre examen, et qui sont au nombre de six. Quant aux autres, les renseignemens qui nous sont parvenus sur quelques-uns d'entre eux sont un peu plus satisfaisans.

« Nous venons de passer en revue les dix-neuf individus sur lequel l'opération n'a pas eu de suites fâcheuses; voyons maintenant les trois sur lesquels on a observé des accidens.

« Ce fut seulement à la douzième opération faite à Paris, que l'on remarqua de graves désordres produits par l'emploi de l'appareil de M. Louvrier. La femme soumise au redressement était âgée d'une quarantaine d'années, maigré, chétive et atteinte d'ulcères vénériens des membres inférieurs. L'articulation du genou n'avait été le siège d'aucune altération préalable; la jambe entraînée peu-à-peu dans la flexion, par suite de la rétraction musculaire, formait un angle aigu avec la cuisse. Le genou, d'ailleurs sain, conserve assez de mobilité pour qu'on puisse produire la flexion la plus complète, et que le talon touche à la fesse.

« L'opération fut pratiquée comme à l'ordinaire, si ce n'est que la corde étant au bout de sa course avant que le membre ne fût droit, on fut obligé de la resserrer et de produire ainsi l'extension en deux temps.

« La malade se plaignit de douleurs tellement excessives dans la fesse, qu'il lui semblait qu'on arrachait cette partie.

« Lorsque toutes les pièces d'appareil furent enlevées on trouva le genou bien conformé; mais il existait une plaie par déchirure, occupant transversalement le creux du jarret. La peau et l'aponévrose d'enveloppe sont divi-

nées, le nerf sciatique poplité externe et le tendon du biceps sont à nu dans le fond de la plaie.

« Malgré les soins les plus attentifs, il se déclare une inflammation violente dans toute la région du genou : les surfaces articulaires s'abandonnent bientôt, et la jambe se luxe en arrière et en haut. Toutes les parties tant intra qu'extra-articulaires entrèrent en suppuration, et la malade succomba à peu près trois semaines après l'opération.

« Voici le résultat de l'autopsie. Chevauchement de trois pouces du tibia sur la partie postérieure du fémur : cuisse et jambe mobiles l'une sur l'autre ; axe de la jambe facilement ramené au parallélisme avec celui de la cuisse.

« Large plaie avec eschare au-devant de la rotule : perforation de la peau ; niveau du condyle interne du fémur qui fait saillie à travers.

« La plaie faite pendant l'opération est encore en pleine suppuration. Les surfaces articulaires baignent dans le pus, leurs cartilages sont détruits ainsi qu'une partie des semi-lunaires ; le foyer de l'abcès est borné en arrière par les parties molles du creux poplité.

« L'artère poplitée n'offre aucune lésion ; la veine est pleine de pus dans l'étendue de trois à quatre pouces ; ses tuniques sont épaissies ; sa face antérieure fait partie des parois de l'abcès.

« Quelques filets cutanés du nerf sciatique ont été déchirés avec la peau, les deux divisions principales sont intactes : il en est de même de tous les tendons qui passent autour de l'articulation ; si ce n'est ceux du biceps et du poplité, qui se trouvent ramollis et en partie détruits dans la partie de leur trajet qui répond à l'abcès.

« Le demi-tendineux est un peu déchiré et ecchymosé vers le tiers inférieur de la cuisse ; près de la moitié des fibres charnues sont rompues : les autres muscles n'ont rien.

« Les ligamens sont en partie ramollis et détruits dans les points où la suppuration les a atteints ; cet état s'observe sur les ligamens latéraux et le ligament tibio-rotulien. Quant aux ligamens croisés, l'antérieur est entièrement ramolli, mais le postérieur tient au tibia par une de ses extrémités ; l'autre, qui est libre, est surmontée par un fragment osseux d'un petit volume, et provient sans doute du condyle externe du fémur ; car on trouve une dépression inégale, dans le lieu d'implantation du ligament croisé à la face interne du condyle externe de l'os : une dépression de même nature et plus considérable existe à la face externe du condyle interne.

« Quelques ecchymoses se remarquent vers le mollet, dans le jumeau interne, et à la cuisse, le long des muscles fléchisseurs de la jambe.

« Enfin il y a des traces d'une cystite intense; pus dans les parois de la vessie, dans les uretères et les reins.

« Il est aisé de voir dans cette observation ce qui appartient à l'opération elle-même. Telles sont les déchirures de la peau du creux du jarret; l'arrachement des surfaces d'implantation des ligamens croisés sur le fémur; la déchirure partielle du muscle droit interne; et quant à la gangrène de la partie antérieure du genou, elle est survenue par suite de la pression de l'appareil employé secondairement pour maintenir le membre dans sa rectitude parfaite.

« Le second malade était affecté d'une ankylose complète. L'articulation du genou avait été le siège d'une tumeur blanche supposée il y a quatorze ans; la flexion est d'environ cent degrés. Il est évident que les os sont fondus en un seul, au niveau du genou. L'opération offrit cela remarquable, que pendant un moment l'extension fut suspendue; puis un bruit semblable à un fort coup de fouet se fit entendre et alors l'allongement s'opéra; comme à l'ordinaire, le malade avait éprouvé une douleur excessive, il semblait être dans un état d'égarement qui se prolongea pendant assez long-temps après l'opération.

« Dès le lendemain le pied était froid, insensible, ainsi que la moitié inférieure de la jambe, les battemens des artères pédieuse et tibiale postérieure ne pouvaient être perçus : dans les jours suivans, des phlyctènes apparurent, et bientôt tous les symptômes de la gangrène furent évidens. Le sphacèle envahit le pied et la moitié inférieure de la jambe, il se borna spontanément; la nature a opéré sans accidens l'élimination des parties sphacélées, et aujourd'hui le malade est hors de danger.

» On ne peut guère douter que l'artère poplitée n'ait été rompue au moment où les os ankylosés ont été séparés brusquement, et que la gangrène ne doive être rapportée à cet accident. Tout le monde comprend du reste que cette rupture n'ait pas été suivie d'hémorrhagie, les choses ayant dû se passer là comme dans les plaies par arrachement.

« La troisième observation a trait à une jeune fille qui a subi l'opération à l'hôpital de la Charité, le 27 décembre dernier; le genou avait été le siège d'une tumeur blanche suppurée : la flexion était à angle droit; il y avait encore une mobilité assez grande dans l'articulation :

« L'allongement ne fut pas porté aussi loin qu'à l'ordinaire, parce que le brodequin n'était pas bien fixée. Le genou, examiné avec soin après l'opération, ne présenta aucune lésion appréciable, tant du côté de parties molles que du côté des os.

« Pour suppléer autant que possible au défaut complet d'allongement, M. Louvrier appliqua tout de suite la planchette dont nous avons parlé, et la serra avec assez de force, la malade éprouva pendant la journée et la nuit des douleurs extrêmement vives dans la partie du genou sur laquelle la planchette était appuyée ; le lendemain l'appareil fut retiré et l'on observa alors une large eschare occupant le côté antérieur de l'articulation du genou ; par suite du travail d'élimination, les surfaces osseuses sous-jacentes à l'eschare, ont en partie été mises à nu ; on s'est alors aperçu que le fémur était fracturé comminutivement ; plusieurs fragmens ont été retirés par les ouvertures fistuleuses ; la suppuration devint plus abondante et de mauvaise nature : elle se propagea le long du fémur vers le milieu de la cuisse ; les accidens généraux qui existaient depuis plusiers jours prirent plus d'intensité, et le malade succomba environ six semaines après l'opération. L'autopsie n'a pas été faite ; la fracture du fémur ne peut être attribuée à une autre cause qu'à l'action de la machine ; quant à la production de l'eschare, on peut se demander si l'action de la planchette n'a pas contribué à son développement ; sans doute la peau devait être déjà profondément altérée, puisque la pression de la machine avait déterminé au-dessous d'elle les graves désordres dont le fémur était le siège ; mais peut-être la gangrène n'eût-elle pas été le résultat immédiat de cette pression si l'on eût appliqué la planchette avec plus de précaution et si on l'eût moins serrée immédiatement après l'opération.

« Nous n'avons pas mentionné parmi ces cas malheureux l'observation d'une femme qui a subi l'opération à la Charité et qui a succombé quelques mois après à une maladie accidentelle. Nous rappellerons seulement les résultats fournis par la dissection du genou.

« Les surfaces articulaires du tibia ont abandonné les condyles du fémur et proéminent du côté du jarret. La rotule est soudée sur le condyle externe du fémur. Aucun des muscles, des nerfs, des vaisseaux, des tendons qui entourent l'articulation, ne présente de rupture. Les ligamens latéraux sont intacts ; seulement leur direction est changée par suite du déplacement de la jambe en haut et en arrière des condyles du fémur. Quant aux ligamens croisés, l'antérieur a presque entièrement disparu, sans qu'il y ait de traces d'ecchymose dans la région qu'il occupe, le postérieur est intact.

« Les seules lésions dignes d'être notées existent du côté des os et consistent en une fracture du condyle interne du fémur. Un fragment du volume d'une noix appartenant au fémur est resté adhérent à la surface du tibia, avec

lequel il était intimement soudé. C'est sur ce fragment que l'extrémité supérieure du ligament latéral interne était restée implantée.

« En jetant un coup-d'œil sur les observations qui précèdent, on ne peut se défendre d'un sentiment d'étonnement, en voyant que trois malades seulement sur vingt-et-un ont subi une lésion traumatique grave par suite de l'action immédiate de la machine de M. Louvrier, et qu'aucun des autres n'a éprouvé d'accidens consécutifs qui puissent être rapportés à l'action de cette machine. Cet étonnement diminuera pourtant un peu, si l'on considère que les articulations et les os peuvent être le siége de violences considérables, telles que luxations, fractures avec écrasement, etc., sans qu'il en advienne de suites fâcheuses, soit primitives, soit consécutives, lorsque la peau est demeurée intacte. Le hasard a d'ailleurs produit certains résultats qui ont une grande analogie avec ceux obtenus par M. Louvrier. Ainsi l'on a vu des personnes affectées d'ankylose complète déjà depuis plusieurs années, faire une chute dans laquelle les adhérences qui maintenaient l'articulation immobile ont été déchirées, et recouvrer de la sorte la liberté des mouvemens. Néanmoins trois malades sur vingt-deux, c'est-à-dire un sur sept, ont éprouvé des accidens qui, dans deux cas, ont entraîné la mort, et, dans un troisième, la perte du membre. On pourrait à la rigueur trouver dans l'état particulier de deux de ces individus et dans la faute du traitement consécutif chez le troisième, une cause de l'insuccès, et le jugement à porter sur la méthode de M. Louvrier ne serait pas trop défavorable, si le résultat définitif était satisfaisant. Si, par exemple, tous les autres opérés recouvraient le libre exercice du membre ankylosé; si même, la jambe étant redressée sur la cuisse, il se formait une nouvelle ankylose en ligne droite, et que, dans cet état, les malades pussent se livrer à l'exercice de la marche à-peu-près comme le font les personnes qui ont une jambe de bois; mais malheureusement il n'en est pas ainsi : aucune des personnes dont le membre a été redressé ne se trouve dans d'aussi bonnes conditions; et, quoiqu'à la vérité la plupart aient gagné quelque chose par le fait de l'opération, cependant les avantages obtenus ne balancent pas les inconvéniens et les dangers de ce mode de traitement.

« Avant de formuler nos conclusions définitives sur la méthode de M. Louvrier, jetons un coup-d'œil rapide sur les autres moyens, à l'aide desquels on combat l'ankylose angulaire du genou, et voyons quel est le traitement auquel on doit accorder la préférence. C'est ici le lieu de rappeler les diverses espèces d'ankyloses.

« 1° A l'ankylose complète, on ne peut opposer que la méthode de Rea Barton. Cette méthode consiste à faire une plaie un peu au dessus du genou, à découvrir le fémur, à scier cet os, en lui faisant subir une perte de substance de forme triangulaire, dont la base est en avant, de telle sorte qu'en redressant ensuite la jambe, les surfaces sciées du fémur sont mises en contact et peuvent se consolider. Tout le monde aperçoit les inconvéniens nombreux et les dangers qui résultent d'une semblable opération. La méthode de M. Louvrier pourra paraître moins dangereuse, si l'on avait la certitude de ne produire que la rupture des os. Les faits publiés dans ces derniers temps par Oësterlen sur les avantages que l'on retire de la rupture du cal, viennent à l'appui de cette opinion. Malheureusement les graves accidens qui sont survenus dans le cas où la soudure des os était complète, prouvent le danger de la méthode. Nous croyons donc que l'ankylose complète du genou doit être respectée.

2° L'ankylose incomplète, due au raccourcissement des ligamens, est ordinairement traitée par les appareils orthopédiques à extension lente et graduée. Ce moyen, conduit avec prudence, n'expose à aucun danger. Le seul reproche qu'il mérite, c'est d'exiger un temps fort long et de demeurer parfois sans succès ; en sorte que les malades ont été soumis pendant plusieurs années à une extension continue sans retirer aucun profit du traitement.

« La méthode de M. Louvrier est sans doute ici moins dangereuse que dans le cas précédent. Faut-il y recourir quand les appareils orthopédiques sont insuffisans? Nous ne le conseillons pas, et nous pensons qu'il vaut encore mieux abandonner la maladie à elle-même.

« 3° Enfin lorsque la flexion du genou est le résultat de la rétraction musculaire, nous n'hésitons point à proscrire la méthode de l'extension brusque, et nous pensons que cette infirmité sera combattue avec beaucoup plus de succès par la section des tendons des muscles fléchisseurs, suivie de l'emploi de machines qui ramènent le membre à sa rectitude normale en agissant d'une manière graduée. C'est au moins ce que l'on doit inférer des observations qui ont été récemment publiées par M. Duval et par plusieurs autres chirurgiens.

« Des faits et des raisonnemens contenus dans ce rapport, nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

« 1° A l'aide de la machine de M. Louvrier, on obtient le redressement immédiat des membres inférieurs affectés d'ankylose angulaire, quelle que soit la nature de l'ankylose.

« 2° Ce redressement brusque, bien qu'excessivement douloureux, ne donne ordinairement lieu à aucun accident grave, soit primitif, soit consécutif. Néanmoins, dans le petit nombre de cas où des accidens se déclarent, ils sont tellement formidables qu'ils compromettent presque inévitablement la vie du malade.

« 3° On n'observe chez aucun opéré le rétablissement des mouvemens volontaires de l'articulation fémoro-tibiale, non plus que la rectitude parfaite du membre.

« 4° Bien que la situation du plus grand nombre soit meilleure avant qu'après l'opération, la marche reste très difficile et nécessite l'usage d'un appareil orthopédique, et l'appui d'un bras, d'une béquille ou d'une canne, ce qui paraît tenir à la faiblesse du membre et aux douleurs qui s'y font sentir quand il supporte le poids du corps.

« 5° Enfin, la méthode de M. Louvrier, comparée aux autres procédés qui ont pour but le redressement du genou, le cède aux machines à extension lente aidées ou non de la section des tendons des muscles fléchisseurs.

« En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer de répondre à M. le ministre :

« 1° Que la machine de M. Louvrier, bien que d'une construction ingénieuse, est d'un emploi dangereux, parce qu'il est impossible de prédire à l'avance quels seront les effets de son application, soit sur les os, soit sur les parties molles ;

« 2° Que la méthode du redressement instantané par la méthode de M. Louvrier doit être proscrite, parce que le résultat auquel on arrive par l'opération n'est point assez satisfaisant pour établir une compensation aux dangers que les malades encourent, aux souffrances qu'ils éprouvent, et enfin à la longueur du temps qui doit s'écouler entre l'opération et le moment de leur entier rétablissement. »

RÉFLEXIONS.

La chirurgie présente de nos jours un état qui, sans être entièrement nouveau, et quoique préparé de longue main par les temps antérieurs, se caractérise cependant de plus en plus, et frappe avec plus de force les observateurs désintéressés.

Parmi les hommes qui se livrent à l'exercice de l'art, on

rencontre une foule d'esprits ardens et instruits, qui sont incessamment à la recherche du nouveau. Ils ne rêvent que progrès ; ils ont en pitié tout ce qui ne date pas d'hier, tout ce qui ne provient pas d'eux, ou n'a pas été importé tout dernièrement du fond de l'Angleterre, de l'Amérique, ou, mieux encore, de l'Allemagne. Ceux qui ne peuvent se faire dieux, se créent au loin des divinités dont ils se constituent les apôtres ; et maintenant, Dieffenbach, après bien d'autres, est un des fétiches qu'ils ont le plus en adoration. Ces rénovateurs de l'art sont dévorés par une soif insatiable du bruit : ils frappent à toutes les portes, ne reculent devant aucun moyen de publicité. On les rencontre aux cliniques de nos hôpitaux, dont ils obsèdent les professeurs, afin d'en obtenir des sujets d'expérience et l'occasion de parler aux élèves ; dans leurs salons, où ils convient la foule, sous prétexte de conférences, et la renvoient ébaubie de leurs prestidigitations opératoires ; dans les journaux politiques, qu'ils surchargent de réclames, d'anecdotes, de feuilletons et d'annonces ; dans les académies, où ils se posent en bienfaiteurs de leurs semblables et sollicitent de bienveillans rapports. Pour satisfaire à la variété des rôles qu'exige cette œuvre multiple, un seul acteur ne suffit pas toujours ; aussi quelques-uns se font-ils aider par des compères, intéressés ou niais, qui circulent parmi les masses, recrutent les malades, vantent la pièce, et font quelquefois la parade avant la représentation. Rien pour eux n'est impossible ; l'extraordinaire ne leur suffit pas ; le merveilleux seul peut émouvoir assez vivement à leur gré l'attention publique. L'amélioration d'une méthode, la création d'un modeste procédé, sont actuellement choses trop simples pour nos collègues excentriques : il leur faut des miracles ; ils ne sont satisfaits qu'au-

tant qu'ils bouleversent toutes les croyances, tous les axiomes que les siècles antérieurs et l'expérience des maîtres nous ont transmis.

Devant ces affamés de réputation et de fortune, se pressent en phalange serrée les vétérans qui ont conquis des positions élevées et atteint le but. Quelques-uns de ceux-ci, calculant avec habileté une défense, qui devient plus difficile en proportion de la vivacité et de l'acharnement des attaques, ne croient pouvoir conserver le rang suprême, objet de leurs efforts, qu'en adoptant le rôle de protecteurs de toutes les idées ou entreprises que chaque jour voit surgir. Ils prônent, ils encouragent, et s'évertuent à acquérir la renommée d'hommes progressifs et d'amis des lumières. Comme toutes les puissances faibles ou sur leur déclin, ils s'attachent aux forces vives, et ménagent les autorités naissantes et passionnées, tout disposés qu'ils sont, toutefois, à les abandonner au premier revers, et à changer en blâme exagéré les applaudissantes adhésions qu'ils leur avaient données d'abord.

Mais parmi les maîtres, tous n'ont pas l'esprit aussi souple et les allures aussi flexibles; il en est bon nombre qui se renferment dans leur dignité, se cramponnent à ce qu'ils ont dit ou fait jadis, et persévèrent à soutenir qu'ils ont depuis long-temps posé les limites de l'art. Ils lui ont dit, comme autrefois le Très-Haut à l'Océan : *Tu n'iras pas plus loin!* et toute tentative pour le pousser en avant est à leurs yeux, non-seulement un acte de folie, mais un véritable sacrilège. Si une découverte leur paraît admissible, ils l'ont proclamée ou pressentie, et dès-lors elle n'est qu'un plagiat infâme, ou une réminiscence qui ne mérite aucune considération. Dans le cas contraire, il est inutile de s'y arrêter; car ils l'ont prévue, réfutée d'avance, et ont démontré qu'elle était im-

possible. Leurs livres, leur pratique, leurs procédés, sont la chirurgie tout entière : ils ne sortent pas de là.

Voilà cependant entre quels intérêts et quels préjugés se débat péniblement l'art le plus digne du respect universel ! Au milieu de ces tiraillemens en sens contraires, quelle ligne doivent suivre les hommes impartiaux, ceux qui ont quelque souci de la dignité de leur profession et du bien-être de l'humanité? Ce parti, le seul que la raison suggère, consiste, non pas à arrêter le mouvement progressivement accéléré qui nous emporte, mais à le ralentir ; non pas à prononcer vite et d'enthousiasme sur tout ce qui se produit, mais à réclamer le temps nécessaire pour l'examen approfondi, pour la réflexion et pour l'expérience. L'homme éclairé par l'histoire du passé ne peut ignorer que le progrès est le résultat inévitable du travail ; mais il sait aussi que ce progrès est lent, et que le temps seul peut le consacrer.

Dans le conflit actuel, au sein de l'agitation fébrile qui nous tourmente, les sociétés savantes ont à remplir une fonction qui, pour être différente de celle que leur avaient confiée les siècles précédens, n'est pas moins importante, honorable et utile. Autrefois, elles avaient surtout pour mission d'exciter le travail, et de provoquer, par des encouragemens, des honneurs et des récompenses, les recherches et les découvertes. Maintenant ce but est atteint ; peut-être pourrait-on dire qu'il est dépassé, car les œuvres se multiplient avec une telle profusion, que les séances académiques suffisent à peine à les enregistrer. Au lieu de stimuler les esprits, les académies doivent donc maintenant, au contraire, les modérer, les ramener à des habitudes de calme et de réflexion. Leur tâche consiste à séparer le vrai de ce qui est douteux ou erroné, à éclairer l'opinion publique, à en-

courager les travaux graves, consciencieux, poursuivis avec persévérance, discutés avec maturité; à écarter par l'inattention, plus encore que par le blâme, ces productions hâtées, ces découvertes merveilleuses, qui cachent l'industrie, pour ne rien dire de plus, sous le voile de la science.

Gardiennes vigilantes des saines doctrines, c'est dans leur sein que doit se conserver l'esprit de systématisation qui coordonne les travaux individuels, et que ne possèdent presque jamais les hommes spéciaux. Ceux-ci ne sont et ne peuvent être, ordinairement, que des ouvriers isolés, qui exécutent ou perfectionnent certains rouages; les corps savans doivent se constituer, au contraire, les directeurs élevés de l'ensemble du travail, les architectes qui classent, emploient et font valoir toutes ses parties.

A l'encontre de ces principes rationnels, les sociétés académiques ont, à mon sens, trop exalté de nos jours le culte des faits, trop méconnu et déprécié l'influence des théories et des doctrines. Pour quelques-unes d'entre elles, pour les plus haut placées dans l'estime publique, les faits sont tout : un mémoire n'est accueilli qu'à proportion des faits nouveaux ou prétendus tels qu'il contient. De là, un morcellement d'études, une étroitesse de vues, un défaut d'harmonie, qui menacent de nous conduire à une confusion inextricable. Déjà beaucoup de matériaux précieux se perdent, parce qu'ils ne sont unis par aucun lien systématique à l'édifice dont ils devraient faire partie.

Si, à la rigueur, les faits physiques et chimiques doivent exercer par eux-mêmes une influence prépondérante, c'est qu'ils portent avec eux leur théorie, et qu'une fois proclamés, leur vérification sur tous les points du monde est si facile, que l'erreur qu'ils contiendraient ne pourrait avoir six mois

de durée. Mais il n'en est pas de même des faits de médecine et de chirurgie pratiques, des méthodes opératoires imaginées et préconisées. Ici, la vérification rapide est, le plus souvent, impossible, autrement que sous la fascination de l'auteur même de la découverte. Il faut absolument commencer par le croire, et admettre qu'il n'a pu ni se tromper, ni exagérer les résultats obtenus. Il a opéré vingt fois; il a eu dix accidens et dix succès. Ces derniers sont présentés à la candide commission; ils sont réels, infaillibles ; ils se reproduiront toujours; les guérisons, encore douteuses, se compléteront, les rechutes sont impossibles : on peut en croire l'auteur qui le démontre. Vite donc un rapport ! Si la commission tarde, l'idée sera prise par un envieux, la priorité s'évanouira, le pauvre auteur sera volé, le tort deviendra irréparable. Comment résister à d'aussi puissantes considérations ? comment des chimistes, des physiciens, des mathématiciens, conviés à juger d'un fait médical, pourraient-ils décliner un pareil honneur, et résister à la bonne opinion que l'on proclame de leur aptitude ? comment des médecins pourraient-ils témoigner une défiance injurieuse à un confrère honorable, ne pas le croire sur parole, et réclamer un plus ample informé ? Le rapport est donc rédigé, lu, adopté, avec ou sans discussion; la récompense bientôt après est décernée, le public est trompé, et, six mois après, à un autre ! Le tour est joué.

Voilà l'histoire incontestable de presque toutes les mystifications médico-chirurgicales, dont nous sommes les témoins; et, sans le vouloir, à leur insu, par une fausse direction donnée à leur influence, nos académies, et même notre Institut, se rendent trop souvent les complices du charlatanisme à l'aide duquel on les opère.

Pour bien juger en chirurgie, il est indispensable de voir plus haut que les faits particuliers qui sont présentés ; il faut voir la science dans son passé, dans ses bases fondamentales, que nul fait ne peut détruire, parce qu'elles reposent elles-mêmes sur l'expérience et l'observation. Entre ces deux possibilités, ou d'une vicieuse et incomplète observation des faits antérieurement acquis, ou de la soudaine illumination d'un expérimentateur ou d'un praticien qui voit ou exécute ce que personne n'avait vu ni pratiqué, les probabilités ne sont pas en faveur de celui que l'intérêt et la passion peuvent si facilement prévenir. Je dirai donc aux hommes qui veulent juger sainement : attendez! laissez bourdonner autour de vous les impatiens ; ne tenez que peu de compte des personnes, mais considérez la société et l'art ; ne soyez pas des enregistreurs de découvertes qui, en dernière analyse, finiront un jour par ne laisser de traces que dans vos archives, et dont le public ne se souviendra peut-être que par les malheurs qui auront signalé leur application.

Le rapport de M. Bérard sur la machine de M. Louvrier est un exemple des avantages attachés à cette salutaire temporisation. Rédigé plus tôt, il aurait pu, en consacrant un procédé barbare, entraîner les chirurgiens, par l'approbation de l'Académie aux plus déplorables conséquences. M. Bérard, sévère à juste titre, et dans des limites convenables, pour M. Louvrier, n'a pas peut-être étendu assez loin les prohibitions des opérations chirurgicales et des extensions brusques dans les cas d'ankylose, à la suite des inflammations chroniques et désorganisatrices des articulations. Que chez les sujets où la contracture des muscles maintient certaines divisions des membres fléchies ou renversées les unes sur les autres, la jointure étant restée intacte, où n'ayant que peu

souffert, le chirurgien divise les tendons, et rétablisse graduellement la direction normale des parties, le raisonnement et l'expérience peuvent sanctionner une semblable conduite, et l'art aura déjà beaucoup gagné à l'introduction de ce perfectionnement.

Et même dans ces circonstances, particulièrement favorables, comment assurer que le rétablissement du malade est infaillible et sera parfait, lorsqu'on voit souvent, après la section du tendon d'Achille, la jambe rester affaiblie au point de ne pas permettre au sujet de détacher le talon du sol, et de porter le poids du corps sur la partie antérieure du pied? lorsque la section des tendons contenus dans des gaînes, est parfois suivie de telles adhérences de ces organes qu'ils ne peuvent plus transmettre les mouvemens aux parties, redressées, il est vrai, mais désormais immobiles? Et l'on voudrait que la section des tendons, autour des articulations, fût toujours suivie de la restitution complète des fonctions de celles-ci, car les auteurs de ces opérations ne nous ont cité que des succès, lorsque la blessure des cordes tendineuses, ou leur rupture, sont souvent compliquées d'accidens graves, de raideur ou d'affaiblissement dans les membres? Il ne saurait manifestement en être ainsi. On doit s'attendre à ce que plus d'un opéré n'aura que changé sa manière d'être estropié pour une autre; et, dans quelques cas, ce changement, peut-être désavantageux, ne sera pas obtenu sans douleurs, sans difficultés et sans périls. Que le temps de la réaction arrive, et l'on peut prédire que beaucoup d'illusions seront détruites, que les imperfections dans les résultats, que les revers les plus graves surgiront de plus d'un hôpital, de plus d'une pratique désappointée et consciencieuse. Nous sommes habitués à ces révolutions, ordinairement outrées, et contre

l'exagération desquelles il importe de se tenir en garde.

Mais ce qui est proposable et rationnel, lorsque la difformité a spécialement sa cause dans la contracture musculaire, parce que, en compensation de dangers ou d'inconvéniens généralement faibles, il est possible d'obtenir des avantages considérables, doit-on l'accepter lorsque l'ankylose est la conséquence d'une lésion intra-articulaire, d'une tumeur blanche, de scrofules? Combien de motifs sérieux un chirurgien prudent ne trouve-t-il pas alors pour s'abstenir? L'articulation a été lésée dans ses parties les plus profondes; des fistules long-temps ouvertes ont communiqué avec sa cavité; des cicatrices adhérentes sillonnent sa surface; la rotule saillante, la jambe tournée en dehors, attestent que les surfaces osseuses ont perdu leur configuration normale; le peu d'étendue et les arrêts brusques des mouvemens indiquent l'absorption partielle des cartilages, et la formation de brides intérieures; il est impossible de savoir quels ligamens restent, quel degré de solidité leur a été conservé, etc.: et c'est dans ces circonstances que l'on propose, non-seulement d'opérer, mais d'opérer toujours, et que l'on promet des succès certains! car, encore une fois, il n'est question que de réussites parmi les prôneurs des sections tendineuses, suivies de redressemens instantanés, qu'elles rendent, dit-on, plus faciles et plus innocens. Comment croire que, parmi tant de sujets scrofuleux, ou tout au moins très lymphatiques, chez qui une contusion légère, une distension peu considérable, une simple fatigue de marche ou de danse, ont suffi pour déterminer primitivement une arthrite intense, prolongée, qui a changé la structure et la forme de presque tous les élémens de la jointure; comment, dis-je, admettre que parmi tant de malades, si rudement traités par les tumeurs blanches, la

rupture de tous les liens anormaux organisés par la nature, un écartement violent de certaines surfaces, un rapprochement forcé et un froissement de quelques autres, seront des opérations toujours, non-seulement supportées, mais suivies du retour du membre à l'état normal? Vingt ans d'expérience, et des centaines d'observations, ne seraient pas trop pour faire adopter des énormités physiologiques et thérapeutiques aussi étranges.

Si l'on analyse certaines relations citées à l'appui des pratiques sur l'innocuité desquelles je cherche à élever des doutes, tantôt on frémit des dangers que les malades ont couru, tantôt le résultat semble tellement miraculeux que l'on ne peut s'empêcher d'accuser l'auteur d'une exagération hyperbolique ou même coupable.

Je prends deux de ces observations au hasard.

Dans la première, il s'agit d'une fille, âgée de 26 ans, scrofuleuse dès sa plus grande jeunesse, atteinte d'arthrite suppurée au genou pendant plusieurs années; le membre, plié en deux depuis l'âge de 18 ans, était, dit-on, d'une maigreur extrême; le genou, taillé carrément, *portait différentes aspérités osseuses, et la peau de cette région, couverte de cicatrices dures, laissait voir encore d'anciennes traces d'ulcérations.*

L'opérateur fit placer la malade à genou sur un sopha; un aide se cramponna à la jambe, et tirant fortement en bas, il agit sur les muscles contractés de manière à les rendre très visibles. Agissant avec précaution, afin d'éviter les vaisseaux du creux poplité, le chirurgien coupa successivement les muscles biceps crural, demi tendineux et demi membraneux. L'écoulement du sang fut peu abondant. C'est alors que saisissant la jambe entre les deux mains, il lui imprima

de violens mouvemens d'extension ; ceux-ci furent opérés en prenant la jambe par le talon ; et, appuyant fortement sur le genou, il fit décrire à tout le membre un grand mouvement de haut en bas. *On entendit dans l'articulation du genou un craquement comme si une fracture était produite.* Le membre fut entouré de compresses et placé dans une gouttière de fer-blanc, recouverte de cuir. Aucun accident ne survint, et la jambe, sur laquelle la malade marche aisément, a conservé la position droite. L'auteur ne dit pas en combien de temps s'opéra cette guérison, qui est une des plus simples parmi celles dont il rapporte des exemples à l'appui de sa méthode.

Il n'y a manifestement, entre la manœuvre ici décrite et la manière d'agir de la machine de M. Louvrier, d'autre différence que celle de la section préliminaire des tendons, qui rend inutile l'emploi d'une force très considérable. Quant à l'articulation proprement dite, elle n'est pas traitée avec plus de ménagement dans un procédé que dans l'autre.

Le cas suivant est plus extraordinaire. Un enfant de six ans avait eu, étant très jeune, une inflammation de l'articulation coxo-fémorale, suivie *après de grands abcès, après une suppuration abondante, de la résorption de la tête du fémur, qui sortit de la cavité cotyloïde et se fixa en arrière, de telle sorte que le membre amaigri et atrophié, était ramené en haut et fortement contracté.* Le genou était tiré en haut, de manière à être plus élevé que la hanche, et la pointe du pied était dirigée en bas comme dans un pied équin. La jambe formait un angle droit avec la cuisse. On pouvait fléchir le membre plus fortement, mais on ne pouvait obtenir la plus légère extension. La cause de cette déviation était le muscle droit, qui formait une sail-

lie très forte, et dure comme du bois. L'enfant fut couché sur une table et le tronc fut fixé par des aides ; l'un prit le pied, un autre le genou, et tous deux tirèrent fortement pour augmenter la saillie du muscle. Alors le chirurgien introduisit le bistouri en dehors de ce muscle, à six centimètres environ au-dessous de la ligne inguinale, et le coupa entièrement. Les deux bouts s'écartèrent à une distance de six centimètres, la jambe fut allongée fortement ; mais pas assez pour arriver à la position droite. Le petit couteau fut de nouveau glissé sous la peau, et, par une section transversale, l'aponévrose fut aussi divisée. Alors, en tirant fortement, la jambe fut entièrement redressée. Une attelle droite, plus longue que le membre, fut placée à la partie antérieure de la cuisse, et elle passa sur la jambe jusque sur le pied. La compression exercée par cette attelle irrita la peau au point d'obliger à suspendre momentanément son usage. Enfin elle fut replacée, et, en trois semaines, ce petit malade put se servir de son membre : *il était totalement guéri.*

Il faut que notre critique médicale soit bien déchue de la juste sévérité que nous lui avons vu jadis déployer, et qu'elle ait donné de singuliers gages de sa somnolence ou de sa mansuétude, pour que l'on ait osé imprimer, à Paris, des faits aussi inqualifiables, sans qu'aucune voix ne se soit élevée pour les stigmatiser.

Selon l'auteur, le jeune malade a été atteint d'une coxalgie, suivie de la résorption de la tête fémorale et de luxation de la cuisse en haut et en arrière. Le membre est atrophié, raccourci, amaigri, fixé à angle droit sur le bassin et l'impossibilité de son allongement est exclusivement rapportée au muscle droit antérieur, qui fait une saillie forte et dure ! La jambe à son tour ne peut être étendue sur la cuisse, et le pied

est dirigé en bas comme dans le pied équin. On coupe le muscle droit à quelques centimètres au-dessous de son attache supérieure, et ses extrémités se séparent. Cela ne suffit pas : l'aponévrose est coupée à son tour transversalement. L'auteur ne dit pas quelle aponévrose, dans quel endroit, dans quelle étendue; mais il ne faut pas être trop exigeant. Après cette double opération, il semble que l'on doive observer quelque amélioration dans la hanche; pas du tout : c'est la jambe, au redressement de laquelle la section du muscle droit ne pouvait directement contribuer en rien, qui est entièrement redressée. De la hanche et de la flexion outrée de la cuisse sur le bassin, qui était telle que le genou se trouvait plus élevé que l'articulation supérieure, il n'en est pas le moindrement question. C'était cependant le centre et le point de départ de toute la difformité. Mais on applique une longue attelle, passant sur la face antérieure de la cuisse, sur le genou, sur la jambe et sur le pied, sans doute afin de faciliter le redressement de ce dernier, et l'on rend l'extension permanente. Interrompue, cette extension est reprise, et en trois semaines la guérison est *totale;* c'est-à-dire que, dans cet intervalle, le fémur s'est refait une tête, laquelle s'est replacée dans la cavité cotyloïde; que le membre, amaigri et atrophié, a repris son volume et sa force, en même temps que sa longueur; que le pied est revenu à angle droit sur la jambe; et tout cela par l'effet de la section du muscle droit antérieur de la cuisse et de l'aponévrose! En énumérant ces merveilleux résultats je n'exagère rien; car, dit l'auteur, en trois semaines le petit malade était *totalement* guéri. Si l'amélioration n'avait été que partielle, un chirurgien d'hôpital et professeur de clinique n'aurait sans doute pas négligé de dire en quoi elle consistait, et aussi, de décrire avec exactitude ce qui pouvait

rester de la difformité primitive. Or, il n'ajoute rien à cet énoncé de la *totalité* de la guérison.

J'ajouterais donc aux conclusions, d'ailleurs si réservées et si sages de M. Bérard :

1° Que l'on ne doit, dans l'état actuel de la science, admettre qu'avec réserve les faits publiés en faveur des guérisons d'ankyloses angulaires incomplètes, à l'aide de la section des tendons, suivie d'extensions plus ou moins brusques des membres, plusieurs de ces faits étant empreints d'une flagrante exagération, et manquant de détails suffisans pour permettre de les apprécier à leur juste valeur ;

2° Que l'analogie, et l'expérience des résultats qu'entraînent très souvent les lésions articulaires, surtout chez les sujets lymphatiques, autrefois ou actuellement encore entachés de scrofules, ne permettent pas, quant à présent, de considérer les sections tendineuses et les extensions rapides, produites dans l'intention de guérir, comme des opérations innocentes et dépourvues de grands dangers ;

3° Enfin, que, jusqu'à ce que des faits plus nombreux, plus complets, plus exactement observés, aient résolu la question, le chirurgien prudent doit encore, sinon s'abstenir entièrement, du moins insister sur les moyens lents, doux, inoffensifs, que l'art a mis jusqu'à présent en usage, et ne recourir aux opérations que dans certains cas exceptionnels, très favorables, qui lui donnent la certitude, sinon de guérir entièrement, du moins de ne pas nuire, et de ne pas compromettre les membres ou même la vie des malades.

L.-J. Bégin.

DE L'AMPUTATION DANS LA CONTINUITÉ DE LA PREMIÈRE PHALANGE DU GROS ORTEIL.

par M. MARCHAL (DE CALVI.)

Il y a deux mois environ, on amena, à l'amphithéâtre de la Charité, une jeune personne, âgée de dix-sept à dix-huit ans, affectée d'une tumeur blanche de l'articulation phalango-phalangienne du gros orteil. Cette jeune fille était depuis quelque temps dans les salles de M. le professeur Velpeau. Tous les moyens de traitement ayant échoué, le chirurgien avait dû se résoudre à la séparation de la partie malade.

Dans l'entretien qui précéda l'opération, le professeur se demanda jusqu'où pouvait s'étendre la maladie, afin de savoir au juste quelles parties seraient retranchées, et quelles parties pourraient être conservées. Il était évident que les ligamens étaient détruits, et que la surface articulaire de la seconde ou moyenne phalange était altérée. Mais la surface articulaire correspondante l'était-elle également, ou était-elle saine, ce qui aurait permis de la conserver, et de faire une simple désarticulation? Il y a à craindre, dit M. Velpeau, que la surface articulaire de la première ou grosse phalange ne soit malade aussi, mais cela n'est pas certain. C'est pourquoi nous allons pratiquer la désarticulation pure et simple, comme si la phalange métatarsienne n'était pas altérée; si elle l'est, il nous sera facile de reséquer, d'un coup de cisaille, la portion malade.

Dans le cas où la surface articulaire de la première phalange aurait été manifestement altérée, quel parti aurait-il fallu prendre? Nous n'avons pas souvenir que le professeur se

soit adressé cette question, à laquelle nous allons essayer de répondre. Il y aurait eu à choisir précisément entre le procédé opératoire qui vient d'être indiqué (désarticulation de la seconde phalange, suivie de la résection de la surface articulaire de la première), et un autre mode opératoire qui aurait consisté à pratiquer un lambeau plantaire ou inférieur, à inciser demi circulairement les parties molles entre les deux extrémités de ce lambeau, et à diviser l'os soit avec la scie, soit avec la cisaille. Ce procédé aurait été préférable au premier, puisque par lui on ne fait qu'une opération, tandis que par l'autre on en fait deux, la désarticulation, puis la résection.

Tout-à-l'heure la question des procédés sera reprise et approfondie.

Revenons à notre jeune malade.

L'opération fut pratiquée avec une extrême rapidité, et toute la précision à laquelle on devait s'attendre. Le procédé suivi pour la désarticulation fut le même que celui de Laroche, ou de Loder, attribué à M. Lisfranc, pour la désarticulation des première et seconde phalanges des doigts : division demi circulaire des parties molles dorsales au niveau de la ligne inter-articulaire ; division des ligamens; ensuite, l'articulation ayant été tarversée avec le plein du couteau tenu horizontalement, le tranchant tourné en bas, formation du lambeau plantaire (palmaire pour les doigts). Dans ce dernier temps, la direction du couteau est nécessairement changée. Si l'opération était continuée, le tranchant tourné en bas, les parties seraient tranchées directement, et il n'y aurait pas de lambeau de taillé. L'articulation ayant été traversée, on change donc la direction du bistouri, dont le tranchant regarde en avant, et est tourné vers l'opérateur.

Ce que le professeur avait craint existait réellement. La

surface articulaire de la première phalange était altérée à une certaine profondeur, et fut excisée avec l'instrument indiqué, la cisaille.

Il ne jaillit pas de sang; on attendit un moment pour voir s'il n'en viendrait pas; aucun vaisseau n'ayant donné, on appliqua le lambeau contre la surface osseuse, et on le maintint au moyen d'une bandelette de diachylon qui dut être assez serrée, en raison de l'épaisseur du lambeau, et de sa tendance à retomber par son propre poids. Une compresse fenêtrée enduite de cérat, un mince gâteau de charpie, une compresse et une bande complétèrent l'appareil. Celui-ci fut levé le troisième jour. L'état des parties était très satisfaisant, annonçait une prompte cicatrisation, et trompait nos prévisions; car, nous devons l'avouer, nous avions annoncé, ou que l'appareil serait impuissant à maintenir le lambeau appliqué contre le reste de la surface de la plaie, ou que, trop serré, il donnerait lieu à l'inflammation du lambeau. Dans les deux cas, il devait y avoir décollement de ce dernier et suppuration, d'où, en définitive, devait résulter une certaine lenteur dans la cicatrisation. Au lieu de cela, comme nous venons de dire, le lambeau s'était parfaitement maintenu, et n'était pas enflammé. Au bout de vingt jours, la plaie était cicatrisée, et la jeune malade quittait l'hôpital.

Ce résultat avantageux ne nous a pas fait renoncer à nos raisons contre la désarticulation de la première phalange du gros orteil, et contre le lambeau plantaire. Pour exprimer clairement nos idées, que nous sommes entraîné à exposer peut-être plus longuement que le sujet ne le comporterait, nous allons examiner successivement les deux questions suivantes:

1° Que faut-il penser, en général, de la formation d'un seul lambeau plantaire ?

2° L'amputation dans l'articulation phalango-phalangienne du gros orteil doit-elle être pratiquée ?

Nous avons déjà indiqué, en passant, les inconvénients attachés à la formation d'un seul lambeau plantaire. Le lambeau devra être maintenu contre son poids, qui tendra nécessairement à le détacher du reste de la surface saignante, et il sera nécessaire, pour lui faire garder sa position, d'agir très énergiquement sur lui, au moyen d'une bandelette et d'un appareil contentif fortement serrés. La formation d'un pareil lambeau est en opposition directe avec le principe que se sont justement efforcés de faire prévaloir dans ces derniers temps, des chirurgiens de grand mérite. Ce principe consiste à préconiser la formation d'un lambeau qui se trouve dans des conditions absolument opposées aux précédentes, c'est-à-dire, qui tende par son propre poids, à retomber sur le reste de la plaie. C'est d'après ce principe de Laroche que M. Sédillot a amputé de la totalité de la cuisse le malade qu'il a sauvé. Quoi que l'on puisse dire de la valeur absolue ou relative des amputations de Lecat, dite de Chopart et de Garangeot ou de Vigaroux, dite de M. Lisfranc, il ne restera pas moins contre elles l'inconvénient de donner lieu à la formation d'un lambeau tendant à retomber selon les lois de la pesanteur, et qu'il faut maintenir à l'aide d'une contention solide. Les chirurgiens ne sauraient trop se pénétrer de cette vérité, qu'il y a le plus grand avantage à ce que les parties molles du moignon ne soient pas tiraillées, et que beaucoup d'insuccès, dans les amputations comme dans toutes les opérations suivies de perte de substance, sont dus aux pressions ou aux tractions

dont les bords des plaies sont l'objet. C'est à cause de ces principes que nous donnons sans réserve notre approbation à la tentative heureuse faite récemment, pour substituer, dans la désarticulation tarso-tarsienne, au seul lambeau plantaire que taillait Chopart, une plaie ovalaire dont les côtés sont susceptibles d'être aisément rapprochés et maintenus en contact. Nous ne nous cachons pas que le procédé de M. Sédillot offre plus de difficultés que le procédé généralement suivi, mais on ne saurait hésiter quand il s'agit d'acheter un bon résultat au prix de quelques difficultés.

Dans la désarticulation phalango-phalangienne, l'inconvénient d'un lambeau taillé à contre-poids emprunte plus de force, de l'épaisseur et de la brièveté de ce lambeau. Très court et formé surtout d'un derme épaissi et presque corné, il se tient raide, et se prête difficilement au rôle qu'il doit jouer dans la cicatrisation du moignon.

La solution de la seconde question que nous nous sommes posée, découle, en partie, des considérations dans lesquelles nous venons d'entrer. Puisque, en général, la formation d'un lambeau plantaire unique nous semble vicieuse, comme, dans la désarticulation dont il s'agit, la présence de l'ongle rend impossible la formation d'un lambeau supérieur, et inévitable, celle d'un seul lambeau plantaire, ce doit être déjà une raison pour que l'opération en question ne nous paraisse pas devoir être pratiquée. Mais il y a un autre motif, et il se trouve dans la largeur de la surface articulaire restante.

Il résulte de ce qui précède qu'alors même que l'intégrité de la surface articulaire de la première phalange du gros orteil permettrait au chirurgien de se borner à l'ablation de la seconde, il vaudrait mieux amputer dans la con-

tinuité de la première, et cela, 1° parce qu'il serait possible d'employer un procédé qui ne donnerait pas pour résultat un lambeau plantaire, et, 2° d'avoir, au fond de la plaie, une surface beaucoup plus petite que par la désarticulation indiquée.

A plus forte raison la désarticulation devrait-elle être abandonnée, s'il était reconnu que la première phalange fût malade dans une certaine étendue, à partir de sa surface articulaire unguéale. Il n'y aurait alors aucune raison pour faire deux opérations, une désarticulation et une résection, quand on pourrait n'en faire qu'une, l'amputation dans la continuité de la première phalange.

En conseillant, dans tous les cas, cette dernière opération, à l'exclusion de l'autre, nous allons contre la loi d'après laquelle on doit toujours, autant que possible, s'éloigner du tronc quand il s'agit de retrancher une partie. On pourra dire aussi que l'amputation dans la continuité des os laisse le malade exposé à l'inflammation justement redoutée des veines médullaires, tandis que par la désarticulation, ce danger est écarté. Mais il suffit de se reporter par la pensée au théâtre exigu où notre question est circonscrite, pour voir que ces objections, qui, du point de vue général, sont graves, s'affaiblissent ici extrêmement, au point même de s'annuler.

Cela étant, quel est le procédé à suivre pour l'amputation dans la continuité de la première phalange du gros orteil? Il est impossible de songer à la méthode circulaire. L'os va en se renflant vers ses deux articulations, de sorte que, lorsque l'on a divisé circulairement les tégumens, il est, au moins, très laborieux, et serait très douloureux pour l'opéré, de les rebrousser d'avant en arrière, comme il faudrait le

faire cependant, pour avoir la quantité de peau nécessaire à la bonne conformation du petit moignon.

Le procédé que nous allons indiquer, ne nous paraît pas avoir été décrit. Il y a plus de trois ans que nous l'avons mis en usage, et répété plusieurs fois dans nos exercices opératoires de l'hôpital militaire de perfectionnement. Nous ne l'avions pas fait connaître, et nous ne l'aurions pas fait connaître encore, sans le cas du service de M. Velpeau, brièvement rapporté au commencement de cet article. Il n'est pas de chirurgien à qui il ne soit arrivé ainsi de trouver, en s'exerçant aux opérations, des procédés ou des modifications de procédés, qu'il laisse en oubli à moins qu'une occasion tout-à-fait expresse ne le détermine à les publier.

Voici en quoi consiste ce procédé.

Instrumens nécessaires. — Un bistouri à lame droite et fixe ; une pince à disséquer ; une scie cutellaire, ou, à défaut de cette scie, une scie ordinaire, ou encore une cisaille.

Le chirurgien se munira d'une petite compresse fendue, ou rétracteur.

Position du sujet et du chirurgien. — Le sujet est placé sur une table, de manière à ce que son pied dépasse l'extrémité de celle-ci ; le chirurgien est placé vis-à-vis le pied.

Manuel opératoire.

Premier temps. — Un aide s'empare du pied malade ; un autre écarte les quatre orteils du gros, que le chirurgien tient fixé entre le pouce et l'indicateur de la main gauche. Les choses ainsi disposées, l'opérateur taille du côté interne au côté externe, ou du côté externe au côté interne,

selon le pied, un lambeau dorsal dont le sommet arrondi, répond à l'articulation phalango-phalangienne, et dont les extrémités qui doivent aboutir à la base de l'orteil, sont très rapprochées de la face plantaire, afin de faciliter le glissement du bistouri pour la formation du second lambeau.

Deuxième temps. — L'incision faite, l'aide qui, d'une main, écarte les orteils, de l'autre, s'empare de l'extrémité du gros, de sorte que l'opérateur a les deux mains libres. Le chirurgien, alors, dissèque le lambeau, en s'aidant de la pince à disséquer. Il est bien entendu que ce lambeau ne doit comprendre que la peau et un peu du tissu cellulaire sous-cutané qui, en ce point, est assez lâche.

Troisième temps. — Le lambeau dorsal étant relevé, l'opérateur glisse le bistouri sous la face inférieure de la phalange, pour couper le lambeau inférieur ou plantaire, qui également ne doit comprendre que la peau et un peu de tissu cellulaire, et dont la forme répond à celle de l'autre lambeau.

Quatrième temps. — On place la compresse fendue, qui sert à maintenir relevés en arrière les deux lambeaux, et dont les extrémités sont confiées au second aide. La phalange se présente alors entourée en haut et en bas de ses tendons, que l'on divise ainsi que tout ce qui est autour de l'os.

Cinquième temps. — Quel que soit le pied, on engage la scie cutellaire (celle de M. H. Larrey est excellente pour cet usage) entre le gros orteil et le second, et on fait agir l'instrument qui divise ainsi la phalange de dehors en dedans.

A défaut de la scie cutellaire, on peut se servir d'une scie à main, ou même de la scie ordinaire. Mais, dans les deux cas, comme il est impossible de faire agir la scie entre le

premier et le second orteil, on sciera l'os de dedans en dehors, en ayant soin de protéger le second orteil contre l'action de l'instrument, par un moyen quelconque. Une compresse pliée en plusieurs doubles est suffisante pour cet effet.

On pourrait aussi trancher la phalange d'un coup de cisaille. Nous l'avons fait plusieurs fois dans nos essais, et le manuel est tellement simplifié par cet expédient, que, sans la crainte de la contusion osseuse, suite possible de la forte pression qui doit être exercée, crainte contre laquelle ne nous garantit pas entièrement l'exemple de M. Velpeau, nous conseillerions l'emploi de la cisaille, non-seulement dans le cas qui nous occupe, mais dans l'amputation et la résection de tous les os peu volumineux.

L'opération donne pour résultat deux petits lambeaux qu'il est très facile de rapprocher et de maintenir rapprochés. La surface osseuse est peu étendue, et cachée au fond de la plaie.

M. Demeaux, aide d'anatomie de la faculté, nous ayant vu pratiquer cette petite opération, l'a répétée devant nous, avec rapidité et précision. Ce jeune chirurgien, dont l'avis ne nous est pas indifférent, l'a trouvée bien entendue dans ses résultats, et parfaitement réglée dans son manuel.

Nous reconnaissons volontiers que l'opération qui vient d'être décrite ne trouvera pas de nombreuses applications; toutefois, dans les cas d'écrasement de la seconde phalange, d'affection de l'extrémité unguéale de la première, ou de tumeur blanche de l'articulation phalango-phalangienne, elle pourra être mise en pratique avec avantage. En résumé, nous n'avons attaché, bien certainement, qu'une faible importance à cette innovation, mais nous avons cru qu'elle n'était pas indigne d'être soumise à l'appréciation des chirurgiens.

TUMEUR ANÉVRYSMALE PARTICULIÈRE.

Nous nous empressons de publier la note suivante qui nous est adressée par M. Tardieu, interne des hôpitaux, attaché au service de M. Velpeau à la Charité. Elle résume une communication très intéressante de M. Tardieu à la société anatomique, dont il fait partie, et présente le cas, extrêmement curieux, d'une tumeur anévrysmale développée à l'extrémité d'un vaisseau complètement divisé, et décrite à la clinique par M. Velpeau.

« Le malade qui fait le sujet de l'observation, est un corroyeur, âgé de 40 ans, entré, vers la fin du mois de mars dernier, à la Charité, dans un service de médecine. Il éprouvait à cette époque des douleurs vives, accompagnées d'une légère tuméfaction vers le tiers inférieur de la cuisse droite à la partie antérieure; bientôt tous les symptômes d'un abcès se manifestèrent dans cette région; un grain de potasse caustique fut appliqué sur le centre de la tumeur, et lorsqu'après quelques jours, on voulut inciser l'eschare dont la chute se faisait trop attendre, on reconnut que le caustique n'avait pas atteint le foyer; on fit alors pénétrer un bistouri étroit à une grande profondeur, et une quantité assez considérable de pus noirâtre s'écoula. Après la sortie du liquide, on aperçut dans le fond de l'incision un jet de sang artériel; quelques tentatives furent faites pour saisir le vaisseau blessé, mais elles furent sans résultat. Il fallut se borner à exercer une compression forte qui arrêta immédiatement l'hémorrhagie. Au bout de quatre jours, et par suite de douleurs vives survenues dans le membre, le bandage compressif fut enlevé, et on transporta le malade dans une des salles de M. Velpeau, où l'on observa les symptômes suivans:

« Une tuméfaction considérable avait envahi les régions antérieure et interne de la cuisse, la peau était tendue, très douloureuse au toucher, et la fluctuation existait dans toute l'étendue des régions indiquées. A la limite supérieure du tiers inférieur de la cuisse, en avant, on remarquait une petite plaie arrondie, dans laquelle était engagée une tumeur du volume d'une noix, offrant des battemens isochrones aux pulsations artérielles, et ne donnant aucun bruit particulier à l'auscultation; en comprimant l'artère fémorale au-dessus de la tumeur, on faisait cesser complètement les battemens de celle-ci. Pendant le séjour du malade dans le service de chirurgie, plusieurs contre-ouvertures furent pratiquées tant à la partie externe et inférieure qu'à la partie interne et supérieure de la cuisse, chaque incision donnait issue à des quantités énormes de pus, mêlé à du sang altéré; l'épuisement le plus complet survint, et ne tarda pas à être suivi de la mort.

« A l'autopsie, au milieu des désordres produits par les nombreuses fusées purulentes, on put, en suivant l'artère crurale, arriver à une de ses branches, du volume d'une plume de corbeau, naissant un peu au-dessus de l'anneau du grand adducteur, et se rendant à la tumeur décrite. Après un trajet de quelques centimètres dans l'épaisseur du vaste interne, il fut très facile de disséquer ce petit vaisseau jusqu'à la tumeur; mais, au-delà de ce point, il devint tout-à-fait impossible de le retrouver. Après avoir énucléé la tumeur qu'enveloppait une couche de tissu cellulaire noirâtre, on vit qu'elle était formée par des couches fibrineuses moins denses à mesure qu'on approchait du centre, et enveloppant un caillot de sang; ce dernier reposait sur l'extrémité béante de la petite artère, qui était coupée dans tout son calibre. »

REVUE CHIRURGICALE.

Nous extrayons les deux observations suivantes du *Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure* (6e année de la nouvelle série, 17e volume, 76e livraison).

ACCOUCHEMENT DE DEUX ENFANS JUMEAUX; L'UN MORT, ATROPHIÉ, DE CINQ MOIS ET DEMI A SIX MOIS DE DÉVELOPPEMENT; L'AUTRE NÉ VIABLE AU TERME DE NEUF MOIS, BIEN PORTANT.

Le 15 octobre 1840, appelé pour accoucher la femme David, âgée de 33 ans, mariée le 5 janvier même année, et qui n'avait pas eu ses mois depuis le 21; je la trouvai avec des douleurs vives et rapprochées, le col effacé, sans dilatation; elle n'avait pas éprouvé la moindre incommodité, ni le moindre accident durant sa gestation qui comptait deux cent soixante-dix jours; mais elle souffrait depuis vingt-quatre heures sans aucun signe de travail que la douleur.

Le lendemain, malgré un mal toujours croissant, les douleurs n'avaient encore rien produit : le col était fermé, le vagin sec, et cependant on ne pouvait pas se méprendre sur la nature des douleurs d'enfantement. Le mal que semblait favoriser une constitution musculo-nerveuse, devint si vif, que je fis donner un bain pour calmer la malade, qui n'éprouva aucun soulagement.

Le 17 octobre au soir, après quatre-vingt-quatre heures de travail, le col utérin s'ouvrit légèrement, de manière à laisser reconnaître un corps mollasse inégal, sans résistance. Je conçus de l'inquiétude. J'en fis part aux confrères Hélie et Delamarre; et, à huit heures, la rupture de ce corps mollasse laissa écouler deux ou trois cuillerées d'un putrilage crêmeux, sans odeur; et je trouvai, dans sa place, des aspérités osseuses qui me révélèrent la présence d'un squelette comme cause essentielle de la dystocie. Deux heures plus tard, je pus extraire avec l'indicateur deux côtes privées de leur périoste, d'épiphyses et de cartilages; mais le col n'était pas assez développé pour per-

mettre davantage. Ce ne fut que le 18 au matin, sous une large dilatation, que, rencontrant une main, je retirai le membre thoracique gauche détaché dans l'articulation scapulo-humérale; puis, trouvant la poitrine, j'eus deux autres côtes; alors, agissant sur la colonne vertébrale avec le doigt indicateur recourbé en crochet, j'entraînai le reste du fœtus, que vous voyez, formant une masse ramollie, desséchée et fortement aplatie.

Après ce corps étranger retiré, on vit tomber les membranes d'un nouveau fœtus, annoncé vivant par les mouvemens abdominaux pendant tout le temps de la parturition du premier, qui n'est venu qu'après quatre-vingt-seize heures d'un mal laborieux; puis, le travail reprenant une nouvelle énergie amena à bien, dans deux heures, malgré les difficultés d'un premier accouchement, un fœtus parfaitement sain et viable, dont la santé aujourd'hui (trois mois) n'a pas varié. Si l'accouchement de ce second enfant fut prompt, il n'en fut pas ainsi de la sortie de l'arrière-faix qui était double, et que je crois devoir vous mettre sous les yeux; le col revint sur lui-même, le cordon se rompit; il me fallut porter la main, et, pour ainsi dire, arracher ce gâteau dont une portion dure et atrophiée présentait un corps elliptique de trois pouces sur deux d'étendue, et de quatre lignes d'épaisseur, d'un tissu fibreux jaune-fauve, homogène, qui, coupé, simulait une éponge préparée à l'air; sa face utérine est lisse et n'offre aucune trace de cotylédons; l'autre portion était dans un état normal parfait; mais donnait naissance à une espèce de tissu fibreux, large d'un pouce, communiquant avec la première.

Il s'en faut de beaucoup que les observations du genre de celle-ci soient rares. On a vu souvent des accouchemens doubles, dans lesquels l'un des fœtus est venu vivant, tandis que l'autre était mort à une époque plus ou moins rapprochée de la fécondation. Ce sont même des cas semblables qui ont pu faire croire à la superfétation. Aussi, n'est-ce pas à titre de cas curieux que nous rapportons le fait de M. Ménard; nous le rapportons parce qu'il a fourni à ce médecin l'occasion d'émettre une opinion qui ne nous paraît pas exacte.

« Indépendamment des diverses maladies du fœtus, qui ont été soigneusement décrites par Ruisch, Baglivi, Burdach, le professeur Cruveilhier, M. Ménard entrevoit une autre

cause à cette destruction d'un fœtus, l'autre produit restant intact. Cette cause, c'est la compression utérine, compression qui peut arriver de deux manières : subitement, sous l'influence d'une impression vive ou de contractions musculaires exagérées ; ou lentement, par suite de la rigidité de l'utérus, rigidité qui a d'autant plus d'effet que la matrice est plus remplie. On conçoit que la pression latérale d'un des fœtus sur l'autre s'ajoute à cette compression concentrique de l'utérus. Dans le cas particulier qu'il lui a été donné d'observer, M. Ménard se regarde comme d'autant plus fondé à adopter cette explication qu'il n'a rien vu de spécial chez la femme qu'il a accouchée, qu'une constitution sèche, nerveuse, et la circonstance d'un âge où les parties molles ont une certaine rigidité, et opposent à un premier accouchement de très grands obstacles ; il pense que l'espèce d'étranglement exercé par la matrice, a arrêté la circulation du placenta et causé, par suite, la mort d'un des enfans. Puis, l'aplatissement graduel de celui-ci, tel, qu'il était réduit à l'épaisseur des parties osseuses et tégumenteuses, a permis à l'autre fœtus de se développer librement. »

Ce n'est pas la première fois que l'on invoque la compression pour expliquer les lésions qu'éprouve le fœtus. Déjà, lorsqu'il s'est agi d'expliquer les fractures multiples que celui-ci présente quelquefois, on avait eu recours à cette explication, qui, toutefois, ne saurait être admise. Le fœtus est protégé par le liquide qui remplit l'œuf, et qui n'a d'autre usage que de s'opposer à ce que le produit puisse ressentir les effets d'une compression exercée par les parois de la matrice, que cette compression soit médiate ou immédiate, c'est-à-dire que les parois de l'organe ne fassent elles-mêmes que propager un choc qui leur est communiqué,

comme quand un coup est porté sur le ventre de la mère, ou que la matrice agisse par ses propres contractions.

Attribuer la mort de l'un des fœtus aux contractions utérines, quand, du reste, tant d'autres causes peuvent l'expliquer, c'est méconnaître la sagesse providentielle qui a mis précisément le fœtus à l'abri d'une telle cause de destruction.

TERMINAISON ANORMALE DE L'INTESTIN RECTUM ET DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES. HERMAPHRODISME FÉMININ SIMPLE D'ISIDORE GEOFFROI-ST-HILAIRE; par M. MALHERBE, D.-M.

Le 3 juillet dernier, à trois heures après midi, je suis appelé par madame Boyé, sage-femme, pour terminer un accouchement. La mère était une femme de vingt-sept ans ayant eu précédemment un autre enfant.

Les pieds se présentaient à l'orifice, une anse considérable du cordon pendait hors de la vulve; depuis une demi-heure les battemens des artères ombilicales s'affaiblissaient, et la température du cordon s'abaissait.

L'enfant fut facilement amené au-dehors; seulement je remarquai qu'après le dégagement des hanches, l'abdomen s'arrêta quelques instans, et il fallut opérer de légères tractions pour le faire sortir. Cette partie du corps avait un volume insolite et hors de proportion avec le reste; l'enfant ne semblait pas arrivé tout-à-fait au terme de la gestation. Il était d'ailleurs dans cet état qu'on appelle apoplexie des nouveau-nés; la section du cordon, renouvelée deux ou trois fois, détruisit la congestion, et une respiration normale s'établit.

L'enfant que je crus du sexe masculin, présentait une espèce de membre viril assez différent de ce qu'est cet organe dans l'état normal; mon examen se borna là, et je laissai la sage-femme opérer la délivrance.

Le lendemain au soir, on vint me chercher pour voir l'enfant, dont l'anus était imperforé. Ayant constaté l'existence de cette difformité, je priai mon confrère Gély de m'assister pour essayer de la corriger. Nous procédâmes ensemble à un examen détaillé de l'enfant. Nous constatâmes que l'espèce de pénis qu'il portait, long de quatre centimètres, avait un diamètre de vingt-huit millimètres, n'offrait point d'appendice analogue aux bourses, à moins qu'on ne regarde comme une ligne de démarcation une espèce de sillon trans-

versal incomplet qui existe à la face inférieure de cet organe. Son extrémité libre présente inférieurement un petit pertuis que nous regardâmes comme un méat urinaire, et qui nous permit d'introduire un stylet à une profondeur de cinquante-cinq millimètres environ. Nous crûmes que nous étions parvenus dans la vessie. Au-dessus de ce pertuis existaient trois saillies ; l'une, moyenne, immédiatement au-dessus du pertuis urinaire, rappelait le clitoris ; les deux autres se touchant en haut et s'écartant en bas, où elles se perdent en mourant, reçoivent la première dans leur écartement et semblent analogues aux petites lèvres.

Nous cherchâmes ensuite, en appuyant l'extrémité du doigt entre les tubérosités sciatiques, s'il était possible de sentir une tumeur fluctuante ou faisant effort vers le périnée. Nous ne pûmes absolument rien sentir ; nous nous décidâmes néanmoins à faire une incision sur la ligne médiane du périnée pour aller, par là, à la recherche du bout de l'intestin. Après avoir porté notre incision jusqu'à trois centimètres de profondeur, nous n'obtînmes que quelques bulles de gaz inodores. Etant alors parvenus assez loin dans la courbure du sacrum pour qu'il fût impossible de chercher au-delà, et ayant attendu assez long-temps en portant un grand nombre de fois le doigt au fond de la plaie, pour être convaincu que toute recherche ultérieure serait inutile ou dangereuse, nous maintînmes la plaie ouverte avec une petite tente de linge pour voir si, plus tard, l'intestin ne viendrait pas faire hernie par notre ouverture artificielle.

Le 5, au matin, les recherches de la veille furent réitérées sans plus de succès ; l'enfant mourut dans la nuit du 5 au 6.

Le 6, au matin, nous procédâmes à sa dissection ; en ouvrant l'abdomen, nous reconnûmes que le volume insolite de cette partie était dû à la présence d'une tumeur qui occupait plus de la moitié de sa capacité, et que nous prîmes au premier abord pour la vessie énormément distendue ; mais nous nous aperçûmes bientôt que c'était une poche à parois sinueuses contenant beaucoup d'air et peu de liquide. La tumeur adhérait à l'ombilic par l'ouraque et les artères ombilicales qui comprimaient son sommet en se réfléchissant sur lui, de sorte qu'il était bifurqué.

Une dissection attentive de la tumeur enlevée de l'abdomen avec le membre génital extérieur et l'extrémité inférieure du rectum qui y adhérait, nous fit voir qu'elle se composait du vagin énormément dilaté, d'une matrice à cornes très développée aussi, mais un peu moins que le vagin, et de la vessie petite et charnue qui adhérait à la tumeur en se confondant avec elle par sa

base et sa face postérieure. La tumeur a, dans son ensemble, une forme ovoïde dont la grosse extrémité est tournée en bas. En dehors de chacune des bifurcations du sommet on trouve les trompes, les ovaires et les vaisseaux ovariques.

Le vagin, ouvert par la partie postérieure, offre en haut un bourrelet saillant circonscrivant une ouverture large de deux centimètres, arrondie, et qui fait communiquer les cavités vaginale et utérine. Cette dernière, assez spacieuse, offre, dans son fond, deux ouvertures ovalaires capables de recevoir le tuyau d'une très grosse plume d'oie. Elles conduisent dans deux cavités distinctes assez grandes pour contenir une grosse aveline, et qui occupent l'intérieur des deux saillies qui forment extérieurement la bifurcation du sommet de la tumeur.

Les parois des cavités des cornes, ainsi que celles de l'utérus, sont plus épaisses que celles du vagin ; elles ont, terme moyen, deux millimètres d'épaisseur.

Le vagin offre en bas une ouverture longue d'un centimètre, espèce de fente dirigée d'arrière en avant dont les bords sont onduleux ; mais se joignant si exactement, que la compression ne pouvait faire sortir de la poche les gaz qu'elle contenait. Cette fente aboutit dans un étroit canal qui règne sur la ligne médiane tout le long du périnée et sur lequel nous reviendrons.

Le rectum, nullement distendu par le méconium, se rétrécissait en s'accolant à la tumeur, et aboutissait, par une très petite ouverture, à l'extrémité postérieure du canal, où nous avons déjà vu s'ouvrir le vagin.

Nous remarquerons, en passant, que le fond de l'incision pratiquée pour rechercher le rectum, n'était éloigné de l'extrémité inférieure de cet intestin que de deux à trois millimètres ; mais l'étroitesse qu'il présentait dans cet endroit, aussi bien que l'impossibilité de l'atteindre sans produire une fistule recto-vaginale, auraient rendu son ouverture bien peu avantageuse.

Le périnée, comme nous venons de le dire, est occupé par un petit canal, large au milieu, étroit à ses extrémités, recevant en haut l'ouverture du vagin, à son extrémité postérieure celle du rectum ; en avant, il communique avec le canal qui traverse le membre génito-urinaire ci-dessus décrit ; mais, dans ce point, il présente un appareil valvulaire disposé de telle sorte qu'un stylet introduit par le rectum vient sortir par le méat urinaire, tandis que quand on l'introduit par cette dernière ouverture, il s'arrête sur la valvule.

La vessie présente des parois fort épaisses : la paroi postérieure adhère intimement à la paroi antérieure du vagin ; sa cavité a la forme d'un cône, sa

surface interne présente un grand nombre de replis muqueux; à la base on voit deux saillies mamelonnées sur chacune desquelles apparaît distinctement un petit point qui indique l'orifice des uretères; au-devant des uretères on voit l'orifice d'un canal long de deux centimètres qui descend verticalement pour se terminer au-devant de l'appareil valvulaire du conduit périnéal, en se continuant avec la cavité du membre génital extérieur.

Cette dernière appelle maintenant notre examen. Commençant en arrière par un très petit canal, elle va en s'élargissant progressivement et se termine par trois dilatations de plus en plus grandes, séparées par des replis comme valvulaires, et ressemblant à trois fosses naviculaires; la dernière, la plus grande de toutes, communique avec l'extérieur par le méat urinaire ci-dessus décrit.

Cette observation est doublement intéressante: d'une part, elle offre un exemple remarquable de monstruosité; de l'autre, elle soulève une question chirurgicale que ne paraissent pas s'être proposée les chirurgiens qui ont donné leurs soins au sujet de l'observation. Que reste-t-il à faire lorsque, sur un enfant imperforé, on n'a pu atteindre le rectum en incisant sur le prolongement du raphé périnéal? L'indication qui se présente, et qui a été saisie par plusieurs chirurgiens, consiste à pratiquer un anus artificiel, soit à la région inguinale, soit à la région lombaire. Mais ne peut-on pas se demander s'il ne serait pas conforme à une saine philanthropie d'abandonner le sujet plutôt que de lui pratiquer une opération dont le résultat le plus avantageux, si incertain d'ailleurs, est une infirmité dégoûtante? C'est une question que nous osons à peine nous faire, et sur laquelle, à plus forte raison, nous ne voudrions pas nous prononcer.

C. M.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE, *par une Société de Médecins, sous la direction de M. Fabre.* Au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22 et 24.

Il y a deux points de vue dans la science : le point de vue spéculatif ou théorique, et le point de vue pratique ou d'application. Les livres qui se publient se rattachent à l'un ou à l'autre de ces deux points de vue : c'est-à-dire qu'ils sont plus particulièrement théoriques ou pratiques. Une distinction nette et tranchée, à cet égard, serait impossible. Il n'y a pas, en médecine, de livre spéculatif qui n'ait ses déductions pratiques; réciproquement, il n'y a pas de livre pratique qui n'ait ses racines dans la théorie. Tout précepte découle d'un principe.

Il y a, ensuite, sous le rapport du sujet qu'ils embrassent, les travaux spéciaux ou monographiques, et les travaux d'ensemble.

La presse médicale recueille la plupart des premiers, et donne au monde le spectacle d'une investigation multiple dont la prodigieuse activité frappe d'étonnement l'observateur. A ce point de vue, le vaste domaine de la science est comme un immense ouvroir où des milliers d'artisans travailleraient chacun à quelque pièce d'un gigantesque monument.

Tandis que ces travaux isolés s'accomplissent, on voit çà et là les hommes de la synthèse s'occuper à rapprocher les matériaux, et s'essayer à terminer l'interminable édifice. Interminable! car telle est bien la vanité de nos efforts. Ce que nous élevons aujourd'hui croulera demain. La maison dans laquelle nous demeurons, nos enfans la renverseront, pour s'en bâtir une autre, comme fit Descartes. Et combien y a-t-il de siècles que cela dure? Mais revenons à notre sujet, ou plutôt entrons en matière.

Il y a donc des livres théoriques et des livres pratiques, des livres spéciaux et des livres d'ensemble. L'ouvrage dont nous avons à parler appartient à a seconde classe de chacune de ces deux catégories. Il s'adresse aux praticiens, et il embrasse la science dans son entier développement.

Nous avions déjà plusieurs dictionnaires estimés à juste titre. Il n'y a pas de médecin qui n'ait souvent à consulter le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques en quinze volumes*, qui a rendu et rendra encore de si grands services. Nous avons aussi le *Dictionnaire de Médecine* ou *Répertoire général*, précieux recueil dont la seconde édition est près de se ter-

miner, et auquel ont travaillé les hommes les plus éminens de la médecine contemporaine.

La faveur croissante dont jouissent ces deux dictionnaires n'a pas arrêté, et ne devait pas arrêter M. Fabre. Il y avait place pour un dictionnaire nouveau à côté de ces premiers venus qui ne devaient pas plus lui nuire, que lui-même ne devait leur nuire.

Et, en effet, voulez-vous, sur un sujet quelconque, les opinions complètes et formulées à l'état de doctrine, de l'un des maîtres de la science, ouvrez le *Répertoire général* ou le *Dictionnaire de chirurgie et de médecine pratiques en quinze volumes*, et lisez l'article de M. V., ou celui de M. B.; vous serez pleinement satisfait.

Mais, maintenant, êtes-vous dans un de ces momens de doute, momens pleins d'anxiété qui accablent souvent le praticien, et avez-vous besoin de tous les conseils, de tous les avis, ouvrez le *Dictionnaire des dictionnaires*. Là ce ne sont plus les opinions largement exposées d'un seul homme par rapport aux opinions générales que vous trouverez, vous y verrez, indistinctement résumées, toutes les opinions raisonnables, sans en excepter une seule.

Le *Dictionnaire des dictionnaires* a été fait à coups de ciseaux. On l'a dit, et cette expression est exacte. Mais que d'intelligence il faut pour manier de tels ciseaux! Remarquons, ce détail ne sera pas inutile, que, dans le nouveau dictionnaire, les opinions des auteurs sont toujours rapportées textuellement. On ne se figure pas tout l'avantage qui est attaché à cette manière de faire, parce que généralement on ne sait pas combien, le plus innocemment du monde, les idées sont souvent altérées en changeant de moule. Il y a donc immensément de guillemets dans le dictionnaire de M. Fabre. C'est qu'il y en a partout où il doit y en avoir. Que ne peut-on en dire autant de tous les ouvrages!

Ainsi, ce qu'il faut bien comprendre, c'est que le *Dictionnaire des Dictionnaires* a été composé tout-à-fait spécialement au point de vue de la pratique, et s'adresse particulièrement aux praticiens. Mais là n'est pas toute son utilité. Veut-on se préparer à un examen? Se dispose-t-on à rompre une lance dans l'arène des concours? C'est alors qu'il importe de connaître l'ensemble des opinions, et que l'on sera heureux d'avoir sous la main un livre qui les résume toutes.

Le *Dictionnaire des Dictionnaires* est, par excellence, le dictionnaire des médecins et chirurgiens militaires, qui, se déplaçant fréquemment, ne peuvent se charger d'ouvrages nombreux, et trouveront un grand avantage

à s'en procurer un qui résume complètement tous les autres. Mais, dira-t-on, comment concilier l'idée d'un ouvrage complet avec le peu d'étendue apparente du livre? C'est que ces sept volumes (dont le prix n'est que de 40 francs), imprimés sur deux colonnes, et dont le texte est très serré sans d'être cesser très lisible, contiennent la matière de vingt volumes ordinaires!

Au moyen du dictionnaire de M. Fabre, les élèves reçus docteurs, qui regagnent leurs provinces, ne rompront pas complètement avec leurs maîtres, dont ils continueront à recevoir les leçons, selon leurs besoins et leur amour de l'étude.

Nous avions un ouvrage qui a peut-être donné à M. Fabre l'idée de son entreprise, et cet ouvrage a eu un très beau succès, tant en Angleterre, sa patrie, qu'en France : c'est le *Dictionnaire de chirurgie* de Samuel Cooper. S'il fallait comparer les deux ouvrages, la supériorité, et une grande supériorité, serait pour celui de notre compatriote. D'abord le nouveau dictionnaire a l'avantage de n'être pas spécial, et de comprendre les deux branches de la science médicale. Ensuite, s'il est vrai, que le dictionnaire de Samuel Cooper renferme d'innombrables matériaux, il est vrai aussi que, le plus souvent, ceux-ci y sont disposés en dépit de tout esprit de méthode, et que, par exemple, il faut, dans beaucoup d'articles, chercher les causes parmi les symptômes, et réciproquement; il est également vrai que les opinions et les faits y sont souvent rapportés sans avoir passé préalablement par une saine critique. Dans l'ouvrage français, au contraire, tous les matériaux sont méthodiquement disposés, et, de même que l'esprit d'ordre a présidé à leur classement, de même le bon esprit de critique a présidé à leur jugement. Tout cela revient à dire, au reste, que le *Dictionnaire des Dictionnaires* a été fait sous la direction d'un esprit distingué, et, franchement, cela était inutile quand nous avions nommé M. Fabre. C. M.

BIOGRAPHIE.

Notice sur madame Boivin.

Depuis quelque temps la mort plane sur le monde médical, et semble s'attacher de préférence aux têtes les plus illustres, à celles dont la science avait droit de s'enorgueillir. Dans ce faisceau de célébrités qu'avait vues s'élever le demi-siècle qui vient de s'écouler, deux femmes brillaient d'un grand

éclat, madame Lachapelle et madame Boivin. Toutes deux ont disparu; c'est de la seconde que nous allons entretenir nos lecteurs.

Marie-Anne-Victoire Gillain naquit à Montreuil, près de Versailles, le 9 avril 1773, d'une famille originaire de Normandie, et dans une humble position de fortune, quoique son père affichât des prétentions à la noblesse et à une illustre origine. Dès ses plus jeunes ans, elle montra pour les sciences et les arts de grandes dispositions, que les religieuses de la Visitation de Maria Leczinska se plurent à cultiver. Élevée dans le voisinage de madame Élisabeth, qui plus d'une fois lui avait témoigné de la bienveillance, elle conçut de bonne heure, pour la famille régnante, un attachement profond, que rien depuis ne put altérer. L'enthousiasme du royalisme, voilant la justesse de son esprit, ne lui permit pas d'apprécier ce qu'il y avait de sublime dans l'élan d'un peuple revendiquant des droits imprescriptibles, et voulant que les nations cessassent enfin d'être des troupeaux à la merci de quelques heureux favoris du hasard. Elle ne vit la révolution que du mauvais côté; frappée de stupeur par les massacres de l'Abbaye, dont elle avait été témoin, elle prit en haine des principes qui soulevaient son cœur de femme, en brisant ses plus chères affections et amenant de si affreuses catastrophes. Elle se retira à Étampes, auprès d'une parente, supérieure des Hospitalières de la ville. Sa vocation n'avait encore rien d'arrêté : c'était celle d'une sœur de charité trouvant sa récompense dans l'accomplissement consciencieux d'un service volontaire et gratuit. Cependant elle profita de quelques leçons d'anatomie et d'accouchemens, qui lui furent données par le chirurgien en chef. Après trois années de séjour dans cet établissement, elle fut rappelée à Versailles par sa mère, et, en 1797, elle épousa Louis Boivin, sous-chef aux bureaux des domaines nationaux du département, qui, faible de santé, ne tarda pas à la laisser veuve, avec un enfant.

Madame Boivin avait alors vingt-cinq ans. Elle conçut le dessein, pour élever sa fille, d'utiliser les connaissances qu'elle avait acquises précédemment, et se fit admettre à la Maternité, où bientôt s'établit, entre elle et madame Lachapelle, une liaison intime, favorisée par le rapport des âges, l'analogie des goûts et la similitude des malheurs. Les élèves n'étaient alors reçues que pour trois mois dans l'hospice; madame Lachapelle lui permit de rester tout le temps qu'elle jugerait nécessaire à son instruction, et la chargea de tenir les registres dans un ordre régulier. Au bout de neuf mois, madame Boivin fut désignée pour aller remplir la place d'institutrice des sages femmes du département de l'Indre, que la mort de madame Boursier-Ducou-

dray venait de laisser vacante. Mais, persuadée qu'avec les seuls moyens d'instruction dont alors on disposait, elle ne pourrait bien remplir sa mission, elle refusa, et se contenta de demander que l'administration appelât un plus grand nombre d'élèves à l'hospice, qu'elle leur accordât en même temps un plus long séjour. Sa demande fut prise en considération, et amena la fondation de l'école d'accouchemens, instituée par le ministre Chaptal. Madame Boivin resta un an dans cette école, qu'elle avait vue naître, et à laquelle elle fut de quelque utilité, pour en régler la marche. Elle retourna ensuite à Versailles, où elle essaya de se faire une clientelle, mais dont la mort de sa fille lui rendit bientôt le séjour odieux. Sur les instances de madame Lachapelle, elle revint à Paris, en 1801, avec le titre de surveillante en chef de l'hospice, qu'elle conserva pendant onze années. Cette place lui permit de déployer toute son activité. Elle s'y concilia l'amitié du savant Chaussier, qui l'aida dans la direction de ses travaux, et dont les conseils la déterminèrent à publier sous son nom le *Mémorial de l'Art des accouchemens* qu'elle avait d'abord en l'intention de faire paraître sous celui de sa supérieure. Ce livre, généralement connu et apprécié, fut adopté par le Ministre de l'intérieur, sur la proposition du Conseil des hôpitaux, comme classique pour les élèves sage-femmes de l'hospice de la Maternité. Il devint pour elle une source de chagrins, en donnant de l'ombrage à madame Lachapelle, qui crut voir surgir une rivale dangereuse dans son ancienne amie. Madame Boivin parvint à dissiper ses craintes, en lui faisant le serment de ne jamais accepter sa place, même après sa mort, serment qu'elle a religieusement observé; mais la confiance et l'amitié avaient disparu, et ne devaient plus renaître.

En 1814, le roi de Prusse fit remettre à madame Boivin l'ordre du Mérite civil. Il n'en fallut pas davantage pour ranimer des haines mal éteintes. La place de surveillante fut supprimée, et onze années consécutives de service n'empêchèrent pas qu'on destituât la titulaire, sans lui accorder la retraite à laquelle les réglemens lui donnaient droit. Elle se réfugia dans son département, où elle fut chargée de la surveillance d'un hôpital général qu'on se proposait de fonder à Poissy. L'établissement ayant été changé de destination en 1819, elle entra à la Maison de santé, avec les modestes appointemens de trois cent cinquante francs. « Ce sont, disait-elle, les gages d'une cuisinière bourgeoise, mais j'ai depuis long-temps contracté l'habitude des privations et de la vie misérable des hospices. » A la mort de madame Lachapelle, elle fut immédiatement nommée Sage femme en chef de la Maternité; mais, fidèle à la religion du serment, elle refusa, comme l'amour de la

patrie lui avait fait, quelque temps auparavant, rejeter les offres brillantes de l'impératrice de Russie, qui voulait l'attirer dans les états de son fils. L'Université de Marbourg lui ayant, sur la proposition du célèbre professeur d'accouchement Busch, envoyé le diplôme de docteur en médecine, MM. Duméril et J. Cloquet eurent la pensée de la faire entrer à l'Académie de médecine; toutes les célébrités, tous les talens applaudirent à cette innovation; mais, pour nous servir des expressions piquantes qu'elle employait, les médiocrités jalouses, les sages femmes de l'Académie ne voulurent point d'elle. Madame Boivin crut ne pouvoir mieux répondre au corps savant qui la repoussait qu'en publiant, de concert avec A. Dugès, son *Traité pratique des maladies de l'utérus*, ouvrage éminemment pratique, et le meilleur que nous possédions encore sur ce sujet; précision et clarté, jugement sain, érudition choisie, savoir solide, tout se réunit pour lui mériter une des premières places parmi les productions de la littérature médicale moderne.

Après trente-cinq années de service dans les maisons hospitalières, épuisée par l'étude et le travail, madame Boivin voulut se retirer. Malgré son mérite et sa glorieuse pauvreté, elle eut beaucoup de peine à obtenir une chétive pension de six cents francs, qui chaque année était remise en question, et qui aurait fini par lui être enlevée sans les actives sollicitations de ses amis. Les ministères de l'Intérieur et de l'Instruction publique lui accordaient chacun un secours annuel de cinq cents francs. Elle n'avait pas d'autres ressources pour exister, l'âge et le mauvais état de sa santé ne lui permettaient plus de se livrer aux fatigues de la pratique. Cependant l'inaction, si peu compatible avec la disposition de son esprit, lui devint fatale; elle succomba le 16 mars 1841.

Femme de cœur, de vertu et de science, madame Boivin a toujours fui l'éclat et la fortune, avec autant de soin que d'autres mettent à les chercher. Austère pour elle-même, pleine d'indulgence pour les autres, généreuse et dévouée, elle offrait un rare assemblage des plus belles qualités du cœur. Peu communicative, elle n'a mis qu'un petit nombre de personnes en position de savoir ce qu'elle valait comme femme. Voici l'énumération de ses travaux :

Mémorial de l'art des accouchemens. Paris, première édition, 1812; seconde, 1819; troisième, 1824; quatrième, 1836, in-8.

Mémoire sur les hémorrhagies internes de l'utérus. Paris, 1819.

Mémoire sur les maladies tuberculeuses des femmes, des enfans et des premiers produits de la conception. Paris, 1825.

Mémoire sur la part hydatidique ou môle vésiculaire. Paris, 1827.

Mém. sur une des causes les plus communes de l'avortement, suivi d'un *Mém. sur l'intro-pelvimètre, ou mensurateur interne du bassin.* Paris, 1828.

Considérations et réflexions sur les cas d'absorption du placenta. Paris. 1829.

Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1833, 2 vol. in-8, avec un atlas de 41 planches coloriées.

Madame Boivin a inséré, dans le *Journal complémentaire*, un mémoire sur un cas d'idiotisme et d'aphonie chez une femme enceinte; un mémoire sur un cas de développement spontané de plusieurs tumeurs du vagin; un mémoire sur plusieurs cas supposés de rhumatisme des membres abdominaux, qui étaient déterminés par la présence d'un cancer utérin; un mémoire sur plusieurs cas de grossesses compliquées de tumeurs, qui ont donné lieu à des méprises de la part de plusieurs gens de l'art; dans le *Journal hebdomadaire*, un mémoire sur un cas de polype utérin très volumineux, coïncidant avec la grossesse; dans le *Bulletin de la Société de médecine pratique*, plusieurs cas de néphrites compliquées d'affection de l'utérus et de ses annexes.

Elle a traduit de l'anglais le traité des hémorrhagies utérines de Rigby et Duncan (Paris, 1818), et les Rech. sur les tubercules par Baron (Paris, 1825).

Elle était membre de la Société médicale d'émulation, de la Société de médecine pratique et de l'Athénée des sciences et des arts; correspondant de la Société de médecine de Bordeaux, de l'Académie royale de médecine de Berlin, des Sociétés de médecine et des sciences naturelles de Bruxelles et de Bruges, et de la Société de médecine de Gand.

VARIÉTÉS.

QUESTION DU STRABISME ET DU BÉGAIEMENT.

M. Phillips vient de publier sur la *ténotomie sous-cutanée*, un livre dans lequel la question du strabisme et du bégaiement a été examinée sous ses deux aspects, c'est-à-dire sous le rapport scientifique et, largement, sous le rapport des personnes. M. Phillips a dû faire un grand effort sur lui-même, car il y avait de nombreuses considérations, bien capables de retenir au bout de sa plume de trop dures vérités. Nous ne voulons pas, quant à présent, analyser son livre,

que nous examinerons à fond dans un prochain numéro. Nous allons seulement, puisque tant de tristes renseignemens ont été publiés, extraire quelques passages qui éclaireront nos lecteurs sur des questions délicates. La seule remarque que nous ferons relativement à M. Phillips lui-même, c'est que son livre, contrairement à tant d'autres, a été écrit dans une intention scientifique. En d'autres termes, nous reconnaissons avec lui qu'il a voulu faire et qu'il a fait *une chose utile et honnête*.

Voici d'abord comment l'auteur juge le procédé de l'un des chirurgiens qui ont le plus parlé du strabisme :

Nous avons rapporté le procédé *créé* par M. Baudens; comparons ce procédé avec celui de M. Velpeau, et nous verrons quel effort d'imagination a fait M. Baudens pour produire *son procédé*. M. Baudens fait asseoir son malade comme M. Velpeau, comme M. Amussat, comme tout le monde enfin. Il dit ensuite : « Un aide place ses deux petits doigts dans la commissure des lèvres pour les tirer en arrière. »

Dieffenbach (1) : « Pendant qu'un aide retirait en arrière, avec des crochets obtus, les coins de la bouche, etc. »

M. Baudens saisit avec une érigne la membrane muqueuse sur la ligne médiane...

M. Velpeau saisit la membrane muqueuse avec des pinces ou avec une érigne.

M. Baudens se sert de ciseaux pour couper l'attache des muscles.

Les autres opérateurs se servent du bistouri. Voilà ce qui donne à M. Baudens le droit de faire une leçon, dans laquelle il parle de trois opérations de bégaiement, *faites par son procédé*.

Il faut être juste envers tout le monde; il faut laisser à M. Baudens ce qui lui appartient. Dans l'histoire de l'opération faite pour guérir le bégaiement, M. Baudens a substitué les petits doigts d'un aide aux crochets obtus de Dieffenbach, et il a remplacé le bistouri de M. Velpeau par les ciseaux!!! *risum teneatis*... (2)

Le procédé de M. Baudens a d'abord été publié dans la

(1) *Annales de Chirurgie*, t. I, p. 423.

(2) Brochure de M. Baudens.

Gazette des Hôpitaux, sous forme de leçon ; le paragraphe suivant se rapporte à ce mode de publication :

On est étonné, en lisant les journaux de médecine de Paris, de voir un aussi grand nombre de professeurs. Lorsqu'on veut aller les entendre, on est bien plus étonné d'apprendre que ces messieurs ne professent pas, qu'ils n'ont ni amphithéâtre ni élèves, et que ces leçons, publiées dans les journaux, sont écrites dans le cabinet par ces messieurs eux-mêmes. Retranchés derrière une initiale quelconque, ils se nomment grands chirurgiens, illustres opérateurs, etc., etc.

Ici l'auteur examine la question de la récidive après l'opération.

L'on a eu plusieurs fois l'occasion d'observer le retour de la difformité quelque temps après avoir divisé le muscle contracté. Cette récidive est ordinairement produite par l'emploi d'une méthode vicieuse, ou bien par l'exécution incomplète d'un bon procédé.

La méthode sous-conjonctivale, si dangereuse dans son application, est celle qui met le moins les malades à l'abri d'une récidive. Non-seulement, par cette méthode, on n'a pas la conscience de ce que l'on fait, mais on laisse encore les parties dans une situation telle que la réunion des bouts musculaires est inévitable; par conséquent, dans la majorité des cas, la récidive est imminente. Que ceux qui l'emploient consentent donc à produire une statistique *vraie*, et l'on aura la preuve de ce que j'avance.

On a voulu justifier des récidives et expliquer des insuccès en établissant un *strabisme optique*. Nous avons montré à l'Académie des malades qui étaient dans les conditions de ces strabismes optiques, et le succès n'en a pas moins été complet et durable; car c'est trois mois après l'opération que ces malades ont été soumis au jugement de l'Académie.

Ce strabisme optique est une création ingénieuse qui laisse un vaste champ à l'opérateur pour chercher à justifier ses revers.

Un moyen très efficace de prévenir la récidive consiste, suivant M. Phillips, dans l'excision du bout antérieur du muscle divisé.

Cette question paraissait ne pas être difficile à résoudre, et cependant un chirurgien a trouvé le moyen de divaguer longuement sur cette matière; on comprend de suite qu'il s'agit de M. Baudens : écoutons-le parler (p. 57):

« Ceux qui ont vu opérer M. Phillips savent qu'il excise une assez grande

portion du muscle strabique : ces excisions, si elles étaient toujours bien faites, *devraient en effet mettre sûrement à l'abri des récidives*: » On voit que M. Baudens est ici entièrement de mon avis. Deux lignes plus loin, il ajoute : « Nous avons vu que Dieffenbach a renoncé à enlever une portion du mus- « cle, etc. Et attendu que sur ce point, comme sur tant d'autres, nous parta- « geons complètement l'opinion de ce grand maître, nous nous garderons « bien de suivre les erremens de M. Phillips. »

On voit donc que M. Baudens *partage* d'abord mon opinion sur la résection, *à condition qu'elle soit bien faite*, et, un peu plus bas, il *partage* encore l'opinion de Dieffenbach, qui ne résèque pas.

Malheureusement il n'existe pas une troisième opinion, car M. Baudens, dominé par la manie de partager, la partagerait sans doute encore. Jusqu'ici c'est du galimatias, et pas autre chose ; mais voici qui est positif.

M. Baudens ne veut pas suivre les erremens de M. Phillips, qui emporte le bout antérieur du muscle attaché à la sclérotique ; et voici comment il opère, lui, M. Baudens (p. 58) : « Et, comme nous sommes convaincu qu'une fois la section bien faite, le muscle ne viendra pas se greffer sur le même point du globe de l'œil, NOUS EXCISONS AVEC SOIN TOUTE LA PORTION TENDINEUSE RESTÉE SUR LE GLOBE ! ! ! »

Comprenne qui pourra le déraisonnement de M. Baudens.

Il s'agit maintenant de la section multiple des muscles de l'œil.

Plusieurs opérateurs ont coupé, sans raison, sans indications, le tendon du muscle grand oblique. Ainsi M. Amussat, en opérant le docteur Schuster, a coupé d'abord le droit interne sans succès ; il a ensuite pensé que peut-être le grand oblique faisait dévier l'œil, et il a coupé le grand oblique sans résultat heureux pour le malade ; enfin, *il a encore eu l'idée* que l'œil pouvait peut-être rester en dedans par la contraction du droit inférieur, et le droit inférieur a été coupé, toujours sans résultat. M. Amussat *a encore eu l'idée* que le globe de l'œil pouvait peut-être rester dévié par la contraction du droit supérieur, et il a coupé le droit supérieur. Cette fois l'œil a été placé dans le centre de l'orbite ; mais il est plus large et plus gros que l'œil non opéré. On ne sait trop ce qu'il faut le plus admirer dans cette opération, ou la patience du malade, ou la fécondité de M. Amussat, qui a produit successivement un aussi grand nombre d'idées.

Le passage suivant montre le cas que M. Phillips fait des connaissances physiologiques d'un de ses confrères.

M. Baudens dit que les louches sont presque toujours myopes du côté affecté : c'est une erreur qu'il pouvait éviter de commettre en ne procédant pas avec sa légèreté accoutumée. Les louches ne sont pas myopes, et la preuve, c'est qu'ils ne voient pas mieux quand on les fait regarder à travers les verres de degrés différens, tandis que les myopes voient mal sans lunettes, et voient bien avec des verres qui sont appropriés au degré de leur vue. Les louches voient mal ou voient peu : c'est parce que la sensibilité de la rétine est altérée et suspendue dans l'organe dévié.

Ce chirurgien commet une erreur encore plus grave lorsqu'il parle de l'affaiblissement de la vue chez les louches; il dit que la vue est faible « parce que l'œil ne reçoit que des rayons obliques; la prunelle semble fuir la lumière, et ce défaut d'excitation fait tomber la rétine dans un état de paresse... » Si cela était vrai, l'œil strabique devrait voir plus nettement lorsque l'on ferme l'œil sain; alors il se redresse, la pupille ne se cache plus, la rétine est bien excitée, et la vue n'est pas meilleure. Que l'on ne nous dise pas que ce redressement n'est que momentané, et qu'il ne suffit pas pour entretenir l'excitation, parce que nous répondrons que les personnes qui font usage de louchettes ont constamment l'œil malade correctement placé, et qu'il n'en voit pas davantage, tandis que l'œil sain est alors dévié, et qu'il n'en voit pas plus mal. Ce défaut de connaissances physiologiques doit être excusé : M. Baudens a passé sa vie à faire de la chirurgie pratique sur les champs de bataille; mais il devrait s'abstenir, afin de ne pas trop se mettre à découvert.

Le passage qu'on va lire n'est pas le moins piquant. M. Phillips y fait la part des inventeurs.

En résumant les dates, nous pouvons facilement donner à chacun la place qu'il doit occuper dans cette note historique.

Le 1er février, un journal politique a fait connaître le succès obtenu par Dieffenbach, *sans indiquer l'opération.*

Le 6 février, j'ai montré deux sujets *opérés*, à la société de médecine du XIIe arrondissement.

Le 8 février, j'ai écrit à l'Institut pour faire connaître ces résultats.

Le 9 février, j'ai écrit à l'Académie dans le même but.

Le 14 février, MM. Velpeau et Amussat ont opéré chacun de leur côté.

Le 15 février, M. Amussat a écrit à l'Institut et a montré ses malades.

Le 16, il a présenté à l'Académie deux malades non opérés.

Enfin le mémoire de Dieffenbach a été connu à Paris; et dans les premiers jours du mois de mars, M. Baudens est entré dans les rangs pour inventer un procédé exécuté déjà par MM. Velpeau et Amussat.

Dans ce qui suit, M. Phillips parle de quelques malades de M. Baudens.

Mademoiselle Dup..., rue du Cherche-Midi, n° 98, est allée chez M. Baudens pour le consulter sur un très faible strabisme convergent. La déviation était si légère que cette jeune personne ne voulait pas se faire opérer. La vue était très bonne; M. Baudens présenta cette opération comme une chose si simple, si peu douloureuse, et si constamment certaine dans ses résultats, que cette demoiselle, sollicitée par M. Baudens, se laissa enfin opérer. Il en est résulté une exophthalmie et un strabisme divergent; l'œil ne peut pas être ramené en dedans, et la vue est presque nulle dans cet œil. L'opération a été faite le dimanche 21 février, et les notes que je fais connaître à M. Baudens ont été recueillies le jeudi 29 avril par plusieurs médecins dont je puis lui donner les noms.

M. Baudens a également opéré madame Jan...., âgée de vingt-sept ans, demeurant rue Saint-Honoré, n° 121.

Cette dame louchait en dedans de l'œil droit, et très faiblement de l'œil gauche.

L'opération a d'abord été faite avec succès sur l'œil droit; puis enfin l'œil gauche a été aussi opéré. Il en est résulté un strabisme divergent d'abord de l'œil gauche, et ensuite de l'œil droit. On dut faire la section des deux muscles externes, et le strabisme *divergent existe encore*, mais amélioré. Cette dame voit double, elle ne peut plus travailler, et elle pleure tous les jours sa faiblesse, en regrettant son strabisme interne, qui lui permettait de voir correctement les objets.

Cette opération a été faite dans les premiers jours du mois de mars, et ces notes ont été recueillies par plusieurs médecins le 2 mai.

Le jeune Spir... (Ernest), âgé de dix ans, a été opéré d'un strabisme convergent, le 29 mars, par M. Baudens. Il en est résulté un strabisme divergent, qui a été opéré par M. Guersent fils.

Un jeune Allemand, demeurant place de la Madeleine, n° 3, a été opéré par M. Baudens d'un strabisme divergent. Il en est résulté une exophthalmie, une chute de la paupière inférieure, un strabisme divergent et la perte totale de la vue dans cet œil.

Mademoiselle Crette, rue de la Harpe, n° 57, a été opérée sans succès, le 27 janvier 1841, par moi. Elle avait un strabisme divergent qui n'a cédé qu'à la section des muscles droit interne, droit supérieur et petit oblique; c'est le 5 mars que M. Baudens a ainsi dépouillé l'œil : « Nous avons pu constater, ajoute-t-il, que le muscle droit externe avait été *totalement coupé;* il avait contracté des adhérences sur le globe oculaire. »

Le résultat définitif de cette opération est une exophthalmie; et quelle influence a donc exercée la section du petit oblique? L'œil a repris sa position

droite; mais valait-il mieux changer le strabisme divergent de cette femme en une exophthalmie, en diminuant les mouvemens de l'œil et en altérant la vue! C'est cependant ce qui est arrivé, et c'est ce que M. Baudens appelle un succès.

Concours pour deux chaires de Chirurgie à la faculté de Strasbourg.

Après la désertion des concurrens est venue celle des juges. MM. P. Dubois, Cruveilhier, Breschet, Dumas ne siègent plus. Ces retraites ont, sans doute, des motifs légitimes. Mais ces motifs n'existent pas ordinairement, du moins ils sont moins nombreux, moins impérieux, dans les concours des chaires pour la faculté de Paris. Demandez combien de juges ont fait défaut au dernier concours qui a été, je crois, un des plus longs, un des plus fatigans et qui a eu lieu par un temps des plus froids? Pas un n'a manqué; et on dépassait complaisamment le quart d'heure de grâce, quand un juge se faisait attendre. Il paraît qu'on n'a pas eu la même patience pour M. Breschet qui ne s'est pas fait long-temps attendre et qui cependant a perdu son titre de juge. On ne sait au juste, si le savant professeur a été très contrarié de cette rigueur.

Autre malheur beaucoup plus grand: le président, M. Roux, tombe malade, et le concours est suspendu. Concurrens, juges, tous ceux qui s'intéressent à la justice de ce concours ont été affligés de ce contre-temps. M. Roux est habitué à de pareils hommages, et cependant il les aime comme s'il n'en avait pas l'habitude. Mais qu'il n'aille pas se faire malade pour cela.

Dans le premier article de ce concours, j'ai signalé l'anomalie d'un concours ouvert dans une faculté pour élire des professeurs destinés à une autre faculté. Il paraît qu'il y a des hommes d'esprit qui ont trouvé cela très naturel; la faculté de Strasbourg, qui est pleine d'esprit aussi, a fini par s'en accommoder. Dites encore que les gens d'esprit sont difficiles à vivre. Mais voici deux questions que j'adresserai aux hommes qui sont si faciles sur ce qui tient à la dignité et à l'avenir d'une faculté; je voudrais savoir s'ils traitent aussi cavalièrement la logique: Peut-on faire un concours qui soit en même temps un concours de pathologie externe et de clinique chirurgicale? Deux professeurs peuvent-ils être nommés dans le même concours?

La première question se réduit à celle-ci: L'enseignement de la pathologie externe est-il le même que celui de la clinique chirurgicale? Si c'était le même enseignement, il n'y aurait pas, à Paris, des professeurs de pathologie externe et des professeurs de clinique chirurgicale.

Ce fait semble, à lui seul, résoudre la question. On peut répondre cependant que dans une faculté dont le personnel est moins nombreux, on est forcé de permettre des cumuls; mais ici, il était bien plus simple de donner une chaire à chacun des deux candidats que vous choisirez que de leur en donner deux à chacun quand vous n'en avez pas quatre de vacantes. En effet chaque nouveau professeur aura à remplir une chaire de pathologie externe et une chaire de clinique chirurgicale, ce qui exige une double activité, une double aptitude. L'activité, le zèle ne manquent jamais aux jeunes chirurgiens; mais la double aptitude est rare. Tel professeur possédera l'histoire, la dominera pour y lire l'esprit, la méthode qu'il doit donner à son enseignement; il saura enchaîner les faits, les réduire à des expressions qui aideront heureuse-

ment la mémoire ; il saura *enseigner à apprendre* ; enfin il aura un esprit synthétique, il ira à la recherche du dogme. Tandis qu'un autre restera avec les faits actuels, les verra dans tout ; il mettra continuellement les élèves en leur présence, leur enseignera le prix qu'il faut y attacher, le respect qu'on doit avoir pour eux. Puis en présence de ces faits, il prendra des déterminations quelquefois hardies. Après avoir été homme d'analyse, il sera homme de détermination, d'action, tandis que le précédent professeur est surtout un homme de méditation. Je sais que, sans cette dernière qualité, le professeur de clinique serait le pire des professeurs; il doit donc la posséder comme le professeur de pathologie externe, mais celui-ci pourrait très bien n'être pas un homme d'action sans cesser d'être un bon professeur de dogme. Et pour réduire la question à ses termes les plus matériels, on pourrait porter lunettes, avoir deux mains gauches, et enseigner la philosophie de la science. Tandis que de pareilles infirmités doivent éloigner pour toujours d'une chaire de clinique le malheureux qui en est affligé.

J'ai ouï dire que Dupuytren eût été bon professeur de pathologie externe comme il était excellent professeur de clinique chirurgicale. Je serais fâché de détruire une pareille illusion, car j'aime qu'on me dise que de telles natures ont existé, et si j'étais moins prévenu en faveur de la jeunesse chirurgicale, je dirais : « mais trouvez-moi donc souvent des Dupuytren. »

Citons au hasard un ou deux exemples. Croyez-vous que M. Desprez résoudra et exposera un grand fait historique avec l'habileté qu'il mettrait à résoudre et analyser un fait clinique ? Non. Vous avez entendu sa leçon sur les fractures du col du fémur qui a été une leçon de *clinique chirurgicale*, et j'ajouterais que c'était une bonne leçon, si M. Lacauchie (qui a parlé le même jour et sur le même sujet) n'en était pas trop contrarié. Il y a aussi dans la sagesse des vues de M. Rigaud, dans ses scrupules pour les faits, dans son amour pour l'enseignement traditionnel; il y a dans cette tendance au positivisme, dans la peur du paradoxe, quelque chose qui décèle l'enseignement pratique. M. Rigaud est l'homme qui fait l'usage le plus immodéré de la parenthèse; ce qui est le signe le plus caractéristique de la prudence. Dès que M. Rigaud a avancé une opinion, il regarde de tous les côtés, et dans la crainte de ne pas être d'accord avec les autorités, il glisse entre deux parenthèses un petit correctif qui annonce un parfait caractère, car il faut autant que possible être d'accord avec tout le monde, surtout avec les autorités chirurgicales.

Maintenant, autre question. Peut-on nommer deux professeurs dans un même concours ainsi pratiqué ? On répondra que cela se fait pour le bureau central, pour l'agrégation. Mais je ferai observer que la comparaison n'est pas juste; car précisément ces nominations multiples des agrégés et des chirurgiens du bureau central se font avec classement, et que les premiers ont des avantages que les autres n'ont pas : ainsi, pour les hôpitaux, c'est le premier chirurgien du bureau central qui obtient la première place vacante dans les hôpitaux, et dès que les agrégés sont nommés, c'est le premier sur la liste qui a le choix de la place vacante, puis on l'offre au second, enfin on va jusqu'au dernier qui est obligé d'accepter même quand elle ne doit permettre que trois ans d'exercice. D'ailleurs ces listes sont connues, publiées par les journaux, ce qui est pour quelques personnes une très grande affaire. Mais deux professeurs dans une faculté doivent être égaux, et cependant le scrutin ne donnera pas un nombre égal aux deux qui vont être nommés : un d'eux le sera, certainement, au premier tour de scrutin, l'autre sera ballotté. On le saura à Strasbourg, quel effet cela fera-t-il ?

V. de C.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

DE L'EXTIRPATION DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE;

Par le docteur ALEXANDRE COLSON de Noyon, M. C. de l'Académie de Médecine, etc.

On a émis l'idée que la plupart des cas d'extirpation de la glande sous-maxillaire dégénérée, cités par les chirurgiens, devaient être rapportés à des ablations de ganglions lympathiques malades. MM. Colles (1) et Burns (2) paraissent avoir adopté cette opinion, et en cela ils ont été imités par M. Velpeau (3); mais quelque imposante que puisse être l'autorité de chirurgiens aussi éminens dans la science que MM. Colles, Burns et Velpeau, je ne puis m'empêcher de croire qu'ici ils se sont trompés. Et en effet, comment est-il possible que l'on puisse jamais confondre des ganglions lymphatiques malades avec la glande sous-maxillaire, quand on a pu faire l'examen des parties après leur extirpation? Il

(1) Colles, *Surgical Anatomie.* Dublin, 1811, p. 37.

(2) Burns, *Surg. Anatom. of the head and neck*, p. 625.

(3) Velpeau, *Anatomie chirurgicale*, 3e édition, t. I, p. 426 et 428.

faudrait supposer pour cela que l'anatomie des ganglions et la différence qui existe entre eux et la glande sous-maxillaire aient été totalement ignorées des chirurgiens. Or, je n'admets pas cette hypothèse toute gratuite, qui fait d'ailleurs si peu d'honneur aux hommes consciencieux et instruits qui se livrent à la pratique de la chirurgie, que l'on en est réduit à se demander comment il se fait qu'elle ait pu être implicitement émise et soutenue par des chirurgiens eux-mêmes (1). Mais en supposant que quelques chirurgiens aient extirpé des ganglions lymphatiques malades, et aient cru avoir ainsi enlevé la glande sous-maxillaire, il ne s'ensuit pas que l'on doive dire, en thèse générale, que tous ceux qui ont rapporté des observations d'extirpation de la glande sous-maxillaire se sont trompés. Il me semble, en effet, que l'on devra toujours, en examinant les parties malades après leur extirpation, retrouver un caractère d'identité qui est propre à la glande sous-maxillaire, et qui n'appartient qu'à elle seule (si toutefois c'est bien la glande elle-même qui a été enlevée); je veux dire l'existence de la coque fibreuse qui lui sert d'enveloppe, tandis que l'on n'observera rien de semblable si, au lieu de la glande, on a extirpé des ganglions lymphathiques. D'ailleurs, la position qu'occupe cette glande étant fixe, et ses maladies ne pouvant que lui faire embrasser une plus grande place, les caractères tirés de la position de l'organe ne pourront que venir à l'appui des renseignemens, fournis tant par la dissection des parties enlevées que par celle des organes voisins qu'il aura fallu sacrifier ou ménager dans l'opération. Je sais bien que l'on

(1) Que M. Colson se rassure; une telle méprise n'est déshonorante pour personne. C'est parce que j'y été pris moi-même, le scalpel à la main, que je l'ai signalée et annoncée aux praticiens. V.

m'opposera ici la dégénération avancée des tissus, qui peut quelquefois être telle qu'il ne soit pas possible de reconnaître la présence de cette coque fibreuse dans la masse enlevée ; mais jusqu'à ce qu'on m'ait fourni de cela des preuves positives, je nierai la validité de l'objection ; car je suppose, au contraire, que l'enveloppe fibreuse de la glande sous-maxillaire doit, plus que toute autre partie, résister aux dégénérations, et cela, sinon en totalité, tout du moins en partie. Cette coque est une barrière qui doit jouer, à l'égard des dégénérations de la glande sous-maxillaire, le même rôle que le kyste dans certaines tumeurs du sein, appelées cancers enkystés, et que les aponévroses, ainsi que les autres plans fibreux situés dans le voisinage d'organes dégénérés en squirrhes, en encéphaloïdes, etc. On sait, en effet, et cela a été constaté par Dupuytren (1), par d'autres chirurgiens, et je dirais aussi par moi (s'il m'était permis de compter mon expérience pour quelque chose dans la science), que les tissus fibreux et les aponévroses se laissent difficilement envahir par les dégénérations des organes qu'ils avoisinent ou qu'ils enveloppent. La coque fibreuse de la glande sous-maxillaire a d'ailleurs une consistance telle qu'elle doit constamment s'opposer à l'augmentation du volume de cet organe, et je doute pour ma part qu'on ait jamais observé des dégénérations de la glande sous-maxillaire qui aient pu la développer au-delà d'un volume double ou triple de celui qui lui est ordinaire à l'état sain. Or, cela étant posé, sinon comme une vérité, du moins comme une probabilité, toutes les fois que l'on aura à diagnostiquer la nature et le siège d'une tumeur occupant la région sous-maxillaire, si cette

(1) *Journal hebdomadaire de Médecine*, t. IV, p. 39, compte rendu de la clinique de Dupuytren, juillet 1829.

tumeur est d'un petit volume et qu'elle soit située au niveau de la place occupée par la glande, on devra croire que c'est elle qui est malade, tandis que si la tumeur est volumineuse, on pourra affirmer de deux choses l'une, c'est-à-dire que la glande sous-maxillaire lui est étrangère, ou bien que, si celle-ci est affectée, elle n'entre que pour une fraction dans la composition de la tumeur. J'ai observé un très grand nombre de fois l'engorgement des ganglions lymphatiques sous-maxillaires, car cette maladie est très commune dans la partie du nord de la France que j'habite, où son développement est favorisé par le froid humide du pays et le peu de précautions prises pour s'en garantir.

Je ne saurais dire au juste combien de fois j'ai observé l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, mais très certainement j'en ai vu plus de cinq cents exemples depuis quinze ans, tandis que je n'ai rencontré qu'une seule fois l'engorgement de la glande. Cette dernière maladie est donc incomparablement moins fréquente que l'engorgement des ganglions, et s'il m'était donné d'établir à cet égard des proportions mathématiques, d'après mon expérience, je dirais que les maladies des ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont à celles de la glande :: 500 : 1 (1).

(1) Depuis l'époque où j'ai écrit ceci, j'ai été consulté par un homme d'environ cinquante ans, boulanger dans les environs de Chany, fort et bien portant du reste, pour un cancer de la commissure des lèvres, situé à droite, et compliqué d'un engorgement sous-maxillaire qui me parut occuper la glande sous-maxillaire elle-même. Je conseillai à cet homme l'extirpation du cancer et de l'engorgement qui le compliquait, mais il m'a paru d'autant moins décidé à cette opération qu'il était alors traité par un chirurgien qui lui avait promis *de le guérir sans opération*. Je suis convaincu que la guérison n'aura pas pu avoir lieu ainsi, et il est probable que cet homme en conservant sa maladie succombera sous l'influence de la diathèse cancéreuse.

M. Velpeau qui a extirpé plusieurs fois des tumeurs formées par les ganglions sous-maxillaires dégénérés, et qui en rapporte dans son anatomie chirurgicale une douzaine d'observations (1), ne paraît pas avoir eu l'occasion d'observer les dégénérations de la glande, ni conséquemment de faire son extirpation. Mais est-ce à dire pour cela que la maladie et l'opération qu'elle nécessite doivent être révoquées en doute? Très certainement non, car de ce qu'on n'a point observé un fait par soi-même, il ne faut pas conclure qu'il n'a pu être observé par autrui, et les douze faits négatifs de M. Velpeau fussent-ils mille fois plus nombreux encore, ne pourraient pas détruire un seul fait positif bien observé (2). Or, il est constant que MM. Blandin et Malgaigne(3) ont pratiqué l'extirpation de la glande sous-maxillaire, et que de mon côté j'ai eu aussi l'occasion de la pratiquer une fois (4). Je ne pense pas que la bonne foi et les connaissances anatomiques de MM. Blandin et Malgaigne puissent être révoquées en doute, et le fait qui m'est personnel, devant venir à l'appui du témoignage de ces deux habiles et savans chirurgiens, je me fais un devoir de le rendre public. M. Blandin signale comme très laborieuse l'opération qu'exige l'extirpation de la glande sous-maxillaire, et il ajoute qu'elle ne

(1) Velpeau, ouvrage cité page 427.

(2) Notre confrère a parfaitement raison. Aussi M. Velpeau, au lieu de raisonner de la sorte, a-t-il simplement dit que les faits publiés n'étaient pas concluans. V.

(3) Malgaigne, *Anatomie chirurgicale*, t. 1, p. 482.

(4) Dans son rapport sur ce mémoire lu à la séance de l'Académie des Sciences, le 17 mai 1841, M. le baron Larrey a rappelé qu'il avait lui-même pratiqué aussi une fois l'extirpation de la glande sous-maxillaire sur un paysan de la Normandie. (Voyez 2e vol. de sa *Clinique chirurgicale*, page 91.)

devra être entreprise qu'avec circonspection. M. Malgaigne, qui a adopté cette opinion, établit un pronostic plus grave encore, puisqu'il dit que dans les cas où le mal existe des deux côtés de la mâchoire et où les tumeurs sont ulcérées, l'opération lui paraît trop périlleuse pour devoir être pratiquée. C'est en effet une opération délicate, minutieuse et toujours difficile que celle qui consiste à enlever la glande sous-maxillaire, à cause du voisinage des vaisseaux, des nerfs et des muscles qui entourent la tumeur; j'ai pu me convaincre de tout ce qu'il y a de vrai dans cette opinion, par l'opération que j'ai faite, et je dois le dire, les difficultés m'ont surpris d'autant plus que j'y étais moins préparé. J'avais affaire à un cancer de la lèvre inférieure compliqué de l'existence d'une tumeur multilobée occupant la région sous-maxillaire droite; au niveau de cette tumeur existaient dans les alvéoles de la mâchoire inférieure deux chicots; je regardais l'engorgement sous-maxillaire comme appartenant à des ganglions lymphatiques et comme étant dû, soit au cancer de la lèvre, soit à la présence des chicots, ainsi que cela se remarque quelquefois. Après l'ablation du cancer de la lèvre et l'extirpation des chicots, j'attaquai l'engorgement de la glande sous-maxillaire croyant toujours avoir affaire à des ganglions lymphatiques; mais quel ne fut pas mon étonnement lorsque, pour extirper cette tumeur qui était d'ailleurs située beaucoup plus profondément que de prime abord elle ne m'avait paru l'être, je me vis dans la nécessité de couper la branche linguale du nerf trifacial, l'artère submentale, et de mettre à nu le tronc de l'artère faciale, ainsi que les muscles digastrique, stylo-hyoïdien, milo-hyoïdien, et le nerf hypoglosse. La dissection de la tumeur enlevée ne me laissa aucun doute sur sa nature. Elle se composait *de la glande sous-maxil-*

laire dégénérée en tissu encéphaloïde et pourtant encore enveloppée de sa coque fibreuse saine, tandis que deux ou trois des ganglions lymphatiques que je croyais malades et que j'enlevai avec la glande n'étaient simplement qu'hypertrophiés sans altération de leur tissu. L'engorgement des ganglions lymphatiques sous-maxillaires étant une maladie très commune, et leur dégénération en tissu fongueux n'étant pas rare, puisque M. Velpeau en cite douze exemples (1) (il en pourrait citer aujourd'hui quarante), il n'est pas étonnant que l'on croie presque toujours avoir affaire à une maladie des ganglions, quand il s'agit d'enlever une tumeur dans cette région; mais il ne faut pourtant pas que cette croyance soit absolue, et que le chirurgien qui aura à faire une semblable opération, se fasse illusion au point de regarder comme impossibles les dégénérations de la glande sous-maxillaire; il devra au contraire se tenir alors sur ses gardes, et comme dans les cas douteux, prêt à tout événement, afin de ne point être déconcerté par les difficultés inséparables de l'extirpation de la glande sous-maxillaire, dans les rares circonstances où il aura à pratiquer cette dernière opération. Je ne ferai plus qu'une seule remarque avant de passer aux détails de mon observation, c'est que si l'on a presque toujours confondu la dégénération des gan-

(1) J'ai rencontré aussi dans ma pratique la dégénération fongueuse des ganglions du col et de la mâchoire. Tout récemment encore j'ai vu une jeune fille, chez laquelle l'engorgement de ces ganglions était tel que je n'ai point osé en pratiquer l'extirpation; il comprenait dans son épaisseur les gros vaisseaux et les nerfs du côté gauche du col et de la mâchoire, en s'étendant jusqu'à la clavicule, et cette pauvre fille est morte presque subitement sans hémorragie, de telle sorte que chez elle la mort m'a paru résulter de l'introduction de la matière fongueuse ramollie dans la grande circulation.

glions sous-maxillaires avec celle de la glande, ainsi que le professent MM. Colles, Burns et Velpeau, il n'est pas moins vrai d'établir la proposition inverse et de dire que l'on a aussi à-peu-près constamment confondu *à priori* les maladies de la glande sous-maxillaire avec celles des ganglions. C'est là une erreur de diagnostic dans laquelle je suis moi-même tombé, et que je ne crains pas d'avouer. J'ai d'ailleurs tout lieu de croire que les chirurgiens, qui comme moi ont eu l'occasion d'enlever la glande sous-maxillaire, n'ont guère pu juger autrement que moi de la nature et du siège de la maladie, c'est-à-dire que l'examen anatomique seul a dû venir leur révéler que c'était bien la glande salivaire elle-même qu'ils avaient extirpée.

Observations.— Nicolas Lalouette, cultivateur, demeurant à Lassigny, vit se développer, en 1829, à l'âge de 54 ans, un petit bouton noir à la lèvre inférieure. Ce bouton grossit lentement et au bout de huit ou neuf ans, il s'ulcéra et devint le siége de douleurs lancinantes. Le malade commença alors à s'inquiéter, et il consulta un médecin qui fit sur la tumeur dans l'intervalle de six mois (de janvier à juin 1838), plusieurs applications de pâte arsénicale sans abrasion préalable de l'ulcère. Au bout de ce temps, le malade et le médecin crurent à une guérison radicale; le premier remarqua cependant qu'il restait toujours un point dur dans l'épaisseur de la lèvre, et ce fut cette dureté qu'il regarda plus tard avec raison comme ayant été le germe de la reproduction de sa maladie.

En juillet 1840, l'ulcère cancéreux s'étant reproduit et grandissant tous les jours, Nicolas Lallouette se confia de nouveau aux soins de son médecin, qui fit derechef et comme en premier lieu des applications de pâte arsénicale

sur l'ulcère ; mais cette fois sans aucun succès. Un autre caustique liquide ayant été également employé en vain, le malade perdit enfin la confiance qu'il avait d'abord eue dans l'efficacité du traitement par les caustiques, et il vint me consulter le 24 octobre 1840. Une tumeur dure et du volume d'une grosse noisette occupait alors le milieu et le côté droit de la lèvre inférieure, en se dirigeant vers la commissure droite des lèvres; cette tumeur offrait à son milieu une ulcération qui commençait à gagner le bord libre de la lèvre; mais le fond de l'ulcère, au lieu d'être creux, était élevé au-dessus du niveau de celle-ci, et il reposait sur le tissu squirrheux mis à nu par le ramollissement de ses couches les plus superficielles.

Vers le milieu de la base de la portion horizontale de l'os maxillaire inférieur et du côté droit se faisait remarquer un engorgement dont l'existence me parut se rattacher à celle du squirrhe de la lèvre, sans que pourtant je pusse avoir une certitude à cet égard, parce que du même côté et au niveau de l'engorgement, il se trouvait dans les alvéoles de la mâchoire inférieure deux chicots qui pouvaient avoir également contribué pour leur part au développement de la tumeur sous-maxillaire, tumeur que je regardais comme appartenant aux ganglions lympathiques de cette région. Nicolas Lallouette avait soixante-cinq ans, et quoiqu'il eût passé toute sa vie à se livrer aux travaux les plus rudes de sa profession, il était pourtant encore fort, et sa constitution ne me paraissait pas altérée par la maladie. Je n'hésitai donc point à lui proposer l'extirpation de ses deux tumeurs, et il y consentit. Je le fis entrer à l'Hôtel-Dieu de Noyon, le 28 octobre 1840, et le lendemain je procédai à l'opération, aidé de M. Boulongne, médecin-adjoint de l'établissement. Je

circonscrivis la tumeur de la lèvre par deux incisions qui se terminaient en un V dont la pointe finissait au menton, et j'eus le soin de couper bien au-delà des limites apparentes du mal en tranchant dans les parties saines; j'enlévai le lambeau qui comprenait la tumeur, après l'avoir détaché de la mâchoire à sa partie inférieure, et je laissai saigner la plaie en me contentant de tordre l'artère coronaire gauche, qui fournissait en abondance du sang dont le jet me génait; puis je détachai par deux coups de bistouri les joues, de la mâchoire à droite et à gauche, afin de pouvoir obtenir assez de parties molles pour refaire convenablement la bouche, au moment où je devrais pratiquer la suture. Je profitai de l'agrandissement de la bouche pour extraire les deux chicots que je supposais être pour quelque chose dans la production de l'engorgement sous-maxillaire au-dessus duquel ils étaient placés. Après cela, je fis sur la tumeur sous-maxillaire dans la direction et au-dessous de l'os une incision à la peau, incision qui s'étendait depuis le niveau du trou mentonnier jusqu'au bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. Là je rencontrai la veine jugulaire externe sur laquelle j'arrêtai mon incision. Je croyais qu'après avoir coupé la peau, le muscle peaucier et quelques lames du tissu cellulaire, je ferais saillir et j'extirperais les ganglions lymphatiques, que je supposais malades, avec la plus grande facilité; mais il n'en fut rien, et je commençai à me repentir de m'être félicité à l'avance sur l'heureuse issue d'une opération que j'avais crue d'abord devoir être fort simple, car la tumeur était plus volumineuse et située bien plus profondément qu'elle ne me l'avait paru. Nonobstant, je continuai mon opération, bien décidé à poursuivre le mal jusqu'où il s'étendrait. J'avouerai pourtant que, dans cette opération, l'idée

que j'allais extirper la glande sous-maxillaire ne m'est pas venue, je croyais toujours avoir affaire à une maladie des ganglions lympathiques. Le malade était assis sur une chaise haute, sa tête était renversée en arrière et à gauche sur la poitrine d'un aide ; je commandai à M. Boulongne de placer deux doigts dans la bouche du malade et d'appuyer assez fortement pour faire saillir la tumeur en la poussant en bas et en dehors. Le patient étant fort docile et très courageux, je n'eus pas besoin de lui placer un bâillon entre les mâchoires pour le forcer à tenir les arcades dentaires éloignées l'une de l'autre (précaution que pourtant je conseillerais toujours de prendre si l'on avait à opérer des sujets moins dociles et moins patiens que celui-ci, car sans cela l'aide courrait à chaque instant le risque d'avoir les doigts mordus par les malades qui ne seraient pas assez maîtres d'eux-mêmes pour ne pas céder à la douleur et rapprocher involontairement les mâchoires). Je fus parfaitement secondé par M. Boulongne, et l'introduction de ses doigts dans la bouche du malade, en faisant saillir la tumeur autant qu'il le fallait, me facilita singulièrement toutes les manœuvres nécessaires pour compléter l'opération. Malgré cela, je regrettai de n'avoir pas fait coucher le malade sur la table d'opérations, parce qu'alors j'aurais été placé bien plus favorablement pour agir, et que l'opéré lui-même aurait été moins gêné et moins fatigué. Après avoir converti en T mon incision primitive, en faisant partir du milieu de sa lèvre inférieure une autre incision à laquelle je donnai environ douze ou quinze lignes d'étendue, je disséquai les lambeaux de celle-ci jusqu'à leur base pour pouvoir mieux découvrir la tumeur ; je fis ensuite tirer la tumeur en dehors et en avant, après l'avoir traversée avec un ténaculum, dont le manche

fut confié à M. Boulongne (J'avais négligé de me munir d'une érigne, tant j'étais persuadé que l'opération devait être simple et facile). Je commençai à détacher cette tumeur par sa partie postérieure, en la disséquant avec précaution et me servant des ciseaux beaucoup plus que du bistouri; je coupai d'abord une branche artérielle placée en arrière et au-dessous de la tumeur, et que j'ai supposée devoir être l'artère submentale; je coupai ensuite un tronc nerveux presque aussi volumineux que le nerf hypoglosse, qui arrivait sur la tumeur en éparpillant ses fibres sur sa face interne, et que j'ai cru être le nerf lingual; je remarquai que la section de ce nerf occasiona au malade une douleur d'autant plus vive que la pointe des ciseaux avant de le couper le pinça plus fortement; je reconnus en arrière l'artère faciale à son origine que j'avais laissée intacte; je pus bientôt, en agissant avec beaucoup de ménagement et de circonspection, détacher la tumeur de tous côtés; je la renversai alors en avant, et je la détachai des parties auxquelles elle adhérait encore, à son extrémité antérieure, par un seul coup de ciseaux. En passant le doigt dans la plaie pour l'explorer, je reconnus qu'il restait encore en avant un petit noyau dur que je me hâtai d'embrocher avec le ténaculum et d'enlever avec le bistouri. Mais alors je ne fus pas peu surpris de l'étendue en profondeur de cette plaie, dans le fond de laquelle je voyais distinctement le muscle digastrique dont le tendon et les deux ventres se trouvaient à nu, le muscle stylo-hyoïdien qui croisait la direction du digastrique, le nerf hypoglosse et le muscle mylo-hyoïdien. Ces trois muscles et l'anse du nerf hypoglosse étaient disséqués comme pour une préparation anatomique.

Je rapprochai les deux côtés de la plaie en V du menton,

au moyen de la suture entortillée de manière à refaire la lèvre inférieure; j'appliquai ensuite un point de suture entortillée à la partie supérieure des deux angles de la branche montante du T de l'incision sous-maxillaire dont je maintins les lèvres affrontées le mieux que je pus, en poussant la peau en haut et en dedans pour la rapprocher du fond de la plaie; je me servis pour cela de boulettes de charpie, par dessus lesquelles je plaçai des bandelettes de sparadrap, qui venaient se fixer à la face et au col. Puis, laissant exposée à l'air la suture du menton, je recouvris la plaie du dessous de la mâchoire avec un plumasseau enduit de cérat et des compresses longuettes, soutenues par une mentonnière.

Je procédai ensuite à l'examen de la tumeur, et je reconnus qu'elle se composait de la glande sous-maxillaire et de quelques ganglions lymphatiques qui lui adhéraient. La glande sous-maxillaire était très reconnaissable à la coque fibreuse qui l'enveloppait, et dans laquelle elle se trouvait comme emprisonnée; en la fendant dans le sens de son plus grand diamètre, je me suis assuré qu'elle était entièrement convertie en tissu encéphaloïde; quelques points de ce tissu étaient ramollis vers le centre, et ils formaient là des vacuoles dans la tumeur, quand je râclais la surface de ses deux moitiés avec le dos du bistouri. Je me rappelai alors une circonstance qui, dans l'opération, m'avait peu frappé, parce qu'elle me paraissait être sans importance, c'est qu'au moment où j'enfonçai le ténaculum dans la glande pour la traverser et la soulever, il s'était écoulé de la tumeur une goutte de ce tissu encéphaloïde ramolli, que j'avais prise pour du pus. La glande enveloppée de sa coque avait une forme ovoïde et elle était un peu aplatie sur ses côtés. La grosse extrémité, placée en arrière, répondait à l'angle de la mâ-

choire, et sa petite extrémité s'étendait en avant, où elle s'alongeait et se terminait à-peu-près comme le col d'une bouteille. A cet endroit l'enveloppe de la glande n'était plus reconnaissable, et toute cette extrémité formait une masse homogène entièrement dégénérée. Le volume du corps de la glande malade pouvait équivaloir à celui d'une très grosse amande revêtue de son écorce, c'est-à-dire qu'il avait environ dix-huit lignes dans son grand diamètre et dix à douze lignes dans son petit diamètre. Les ganglions lymphatiques qui l'environnaient et que j'avais enlevés avec elle, n'étaient qu'hypertrophiés, et ils n'offraient aucune trace de dégénération nulle part. Le cancer de la lèvre, que j'examinai aussi, était constitué par un noyau de tissu squirrheux, qui envoyait des prolongemens sous forme de rayons excentriques dans les parties molles de son voisinage. Ces prolongemens de couleur blanchâtre ayant un reflet satiné, étaient très distincts des tissus sains, et ils se dessinaient au milieu d'eux avec les apparences du tissu fibreux.

Le 1er novembre, soixante-douze heures après l'opération, j'enlevai les aiguilles des sutures, et la plaie sous-maxillaire me parut être la seule qui dût suppurer. Elle suppura effectivement, mais fort peu, et le liquide qui s'en écoula pendant quelques jours ressemblait plutôt à de la sérosité qu'à du pus. Dès le 6 novembre, huitième jour de l'opération, la plaie de la lèvre inférieure n'offrait plus qu'une cicatrice linéaire. Le 11 novembre, treizième jour de l'opération, la plaie du dessous de la mâchoire était fermée par une cicatrice infundibuliforme adhérente à l'os. Un petit bourgeon charnu qui se trouvait au point de réunion de l'incision en T, disparut rapidement sous l'influence de quelques cautérisations avec le nitrate d'argent et le nitrate de mercure.

Le malade fut alors purgé : je lui appliquai d'abord un vésicatoire au bras droit, puis un cautère au bras gauche, et je le mis pendant un mois à l'usage d'une tisanne de saponaire et de chicorée édulcorée avec le sirop anti-scorbutique.

A la fin de février 1841, Nicolas Lallouette était très bien portant ; rien n'annonçait qu'une récidive de la maladie dût avoir lieu, et cet homme me parut aussi bien guéri qu'on puisse espérer de l'être après une opération et une maladie de la nature de celles-ci.

En juillet 1841, le bon état de santé de Lallouette se soutient, il a repris depuis long-temps de l'embonpoint et recouvré ses forces. Le vide laissé sous le menton par l'absence de la glande sous-maxillaire droite, est très reconnaissable, non-seulement au toucher, mais encore à la vue, de sorte qu'il n'y a pas le moindre doute à élever, tant sur la nature que sur le succès de l'opération.

Ce travail, que j'ai adressé à l'Institut le 15 mars 1841, a été soumis à l'examen d'une commission, composée de MM. Breschet et Larrey, et je ne puis que remercier ici M. Larrey de l'approbation et des éloges qu'il a bien voulu me donner dans son rapport.

Je me joins très volontiers à M. Larrey pour donner des éloges à ce travail ; mais je demanderai la permission à M. Colson de n'accepter qu'avec réserve ce qu'il dit de la glande sous-maxillaire. Je me suis d'ailleurs assez expliqué sur la difficulté de distinguer nettement cette glande d'avec les ganglions ou toute autre tumeur des mêmes régions (*Méd. opérat.*, t. III, p. 91, 639, 651), pour n'avoir pas besoin d'y revenir en ce moment. V.

OBSERVATION D'ANAPLASTIE

par glissement ou mieux tiraillement du lambeau, à la suite de l'ablation d'un ulcère cancéreux situé à la cuisse gauche, suivie de quelques réflexions sur cette opération,

Par M. Bonnafont, chirurgien-major aux ambulances d'Afrique, membre correspondant de l'Académie royale de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.

Madame Flo**, âgée de 44 ans, mariée et mère de deux enfans, reçut, à l'âge de vingt-cinq ans, un coup à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche, vers la réunion du tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs. Le peu de douleurs qui en résultèrent engagèrent madame F. à n'y porter aucune attention. Au bout de quelque temps, il se déclara une légère tumeur de la grosseur d'une noix sur la partie contuse, accompagnée de quelques fourmillemens que des cataplasmes calmèrent sans les faire disparaître. Cette tumeur, quoique stationnaire pendant quinze ans, se compliquait, à des époques qui allaient toujours en se rapprochant, de tiraillemens douloureux qui gênaient beaucoup les mouvemens de la cuisse, et condamnaient madame F. à garder le repos. Vers la fin de 1833, quinze ans après son apparition, la tumeur devint douloureuse et acquit en peu de temps le volume d'une pomme ordinaire. C'est alors que madame F., inquiète et tourmentée par le progrès rapide de son mal et par la douleur qu'elle ressentait, consulta, pour la première fois, un officier de santé, lequel, dans l'espoir de résoudre la tumeur, mit successivement en usage tous les emplâtres fondans inscrits dans le formulaire, sans s'inquiéter de la période d'inflammation par laquelle la tumeur avait dû passer pour franchir les limites d'une noix à celles d'un gros œuf.

Il n'est pas besoin de dire que l'usage de ces topiques ne fit que hâter la terminaison par suppuration, ce qui arriva au commencement de l'année 1834. L'ouverture qui en résulta devint béante, et son diamètre ne fit que s'accroître malgré les moyens employés pour tarir la source de la suppuration qui était fort abondante. Bientôt les bords de la plaie se renversèrent et leurs nombreuses découpures convertirent la tumeur en un véritable ulcère dont les chairs fongueuses profondément sillonnées, et la tendance aux hémorrhagies donnaient la plus grave analogie avec les ulcères cancéreux. Les progrès constans de cette solution de continuité qui s'étendait de plus en plus en largeur, les douleurs vives et lancinantes qui l'accompagnaient, la fétidité de la suppuration, et la fièvre qui depuis un mois obligeait la malade à garder le lit, l'engagèrent à consulter un médecin. Elle fit appeler, à la fin de juillet, M. M***. Ce praticien, aussi recommandable par son savoir que par sa prudence, ayant trouvé la malade dans un état désespérant, pensa que la première indication à remplir consistait à arrêter, s'il était possible, les progrès de l'ulcère, et par là à diminuer la réaction morbide sur les organes viscéraux. Après avoir employé, quelque temps, les préparations narcotiques pour calmer les douleurs locales, il mit en usage les acides concentrés afin de borner la marche de la gangrène qui venait de s'emparer de toute la partie ulcérée. Quelques applications d'un acide concentré (je crois que c'était l'acide sulfurique) suffirent pour faire cesser momentanément ses progrès et les douleurs atroces qu'elle provoquait. La malade se trouvait infiniment mieux.

C'est à cette période du mal que j'arrivai à Plaisance, pour y passer une partie de mon congé. A peine arrivé, M. M***

me fit voir cette malade dont la physionomie cancéreuse me dévoila l'affection qu'elle portait.

Voici dans quel état je trouvai l'ulcère :

Situé à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche, il avait douze centimètres de haut en bas, dix transversalement, et un centimètre et demi de profondeur. Son bord, supérieurement, était à quatre pouces de l'épine supérieure des os des îles. Son aspect et la consistance des chairs étaient en tout semblables à ceux que présentent les ulcères cancéreux ; ses bords fortement renversés formaient une espèce de bourrelet circulaire. La suppuration était très abondante et fétide ; toute la masse ulcérée d'une couleur lie-de-vin.

Je cherchai, en appuyant le pouce d'une main sur un bord et les quatre doigts sur le bord opposé, à m'assurer, à l'aide de quelques secousses, si l'ulcère était très adhérent et s'il s'étendait profondément. Ce moyen me permit de constater qu'il ne dépassait pas le tissu cellulaire sous-cutané, et que l'aponévrose crurale en fixait la profondeur. Les légers déplacemens de la masse ulcérée lorsque je la portais d'un côté ou de l'autre, et qui suivaient ceux du tégument de la cuisse, assurèrent presque complètement notre diagnostic. Mais ce n'était pas tout. Les limites du mal étant reconnues autant que possible, et son degré d'adhérence aux parties voisines bien déterminé, deux genres de médications se présentaient : l'un consistant dans la continuation de l'emploi des topiques et l'autre dans l'extirpation. Nous ne nous arrêtâmes presque pas au premier, vu le peu de résultat qu'on pouvait en espérer eu égard à la période de la maladie et à l'état général de la malade dont l'épuisement extrême présageait une mort certaine et même prochaine. Mais l'opération offrait-elle plus

de chances favorables ? Quoiqu'elle réussisse rarement dans ces sortes d'affections à cause de la facilité avec laquelle la maladie cancéreuse se reproduit, nous pensâmes qu'ayant quelquefois été suivie de succès, il était permis d'en espérer des avantages que ne pouvait procurer aucune autre médication, et partant de ce grand principe que, dans une maladie mortelle, il vaut mieux courir les chances d'une opération, si peu qu'elle en présente, que d'abandonner le malade à une mort certaine, l'opération fut arrêtée. Cette décision, dont la malade réclamait avec instance l'exécution, ayant été partagée par nos confrères, fut mise en pratique le jour même.

Le point le plus important était de choisir un procédé qui pût épargner à la malade le travail d'une abondante suppuration résultant de la grande perte de substance que l'opération allait faire éprouver à la cuisse. Heureusement j'arrivais de Montpellier où j'avais eu occasion de voir souvent M. le professeur Serre dans sa clinique à l'hôpital Saint-Éloi. Outre ses bontés pour moi, il avait eu celle de me faire connaître les procédés opératoires, tous fort ingénieux, pour les restaurations de la face et l'anaplastie des différentes parties du corps. Les principes sur lesquels ils reposent consistent, comme on sait, 1° à réunir toujours immédiatement et à l'aide de points de suture les lèvres de la plaie, à l'exemple de Delpech, M. Velpeau, etc. ; 2° lorsque la perte de substance empêche d'affronter les bords, à disséquer ceux-ci dans une étendue telle qu'on puisse, en opérant une légère traction, les mettre en contact immédiat par rapprochement. Deux beaux résultats de M. Serre à la suite de deux opérations de ce genre, pratiquées à la face, me décidèrent à donner la préférence à la réunion immédiate, si toutefois la grande déperdition de substance me permettait de l'obtenir.

Manuel. — La malade étant couchée sur une table étroite couverte d'un matelas, et bien soutenue par des aides, je traçai, à l'aide d'une plume, deux lignes semi-elliptiques pour me servir de guides. Placé de manière à ce que mon bras droit regardât la tête, et le gauche les pieds, je commençai de bas en haut l'incision interne et supérieure tournée du côté du pubis. Une seconde incision fut pratiquée à la partie externe et inférieure, et l'ulcère fut ainsi circonscrit entre deux incisions courbes qui, ne comprenant d'abord que la peau furent portées insensiblement jusqu'à l'aponévrose crurale que, contrairement au principe de quelques chirurgiens autoplastes qui veulent qu'on l'enlève avec le lambeau, je tenais à ménager, si toutefois elle était étrangère à la maladie. Son aspect, d'un blanc argenté, m'ayant rassuré sur son état, je ne m'occupai qu'à opérer l'ablation des parties malades en rasant pendant leur dissection, la surface externe de ce fascia. Cette seconde période de l'opération fut un peu longue, car je dus arrêter le sang qui s'échappait de trois ou quatre vaisseaux artériels dont le volume était anormalement grossi. Devant réunir la plaie par première intention je préférai, pour suspendre toute hémorrhagie, la torsion à la ligature, afin de ne laisser dans la plaie aucun corps étranger. Ce moyen réussit à merveille. Toute la masse cancéreuse ainsi enlevée, la cuisse présenta une plaie dont la perte de substance était égale à quatorze centimètres de haut en bas et dix transversalement. En examinant alors avec beaucoup de soin la plaie et les parties environnantes, je m'aperçus que le tissu cellulaire sous-cutané de ses bords présentait quelques indurations qui ne s'étendaient pas au-delà d'un pouce. Je les enlevai en les disséquant de dedans en dehors, afin de ménager la peau dont l'in-

tégrité était si nécessaire pour la réunion de la plaie. Je dus aussi, en prenant les mêmes précautions, enlever deux ganglions indurés, de la grosseur d'une petite noix, légèrement douloureux, et situés à un pouce et demi de la partie supérieure de la plaie, du côté de la région inguinale. Afin de rendre possible, sans blesser la peau, l'ablation de ces ganglions, il fallut, par la dissection, séparer le tégument dans une assez grande étendue. Leur grande mobilité qui permit, à l'aide de pinces à érignes, de les rapprocher de l'instrument, diminua beaucoup et le temps et les difficultés de cette opération. Cela étant fait, et après avoir par une investigation des plus minutieuses, acquis la certitude que toutes les parties suspectes et qui pouvaient compromettre le succès de l'opération étaient complètement enlevées, je dus songer aux moyens de réunir les bords de la plaie séparés par un intervalle de dix centimètres. Le procédé opératoire avait été discuté et arrêté avant l'opération : voici comment nous procédâmes à la formation du lambeau qui devait recouvrir la plaie ; car il était évidemment impossible de faire arriver l'un vers l'autre les deux bords, surtout dans cette partie de la cuisse, où la peau adhère intimement aux parties sous-jacentes. A partir du bord postérieur et externe de la plaie, je disséquai les tégumens dans l'étendue de deux pouces, puis de trois et enfin de quatre à-peu-près, en contournant la cuisse jusqu'à sa partie postérieure. Le voisinage de la veine saphène et de l'artère crurale, du bord interne de la plaie, me firent un devoir de respecter les tégumens de cette région. Pour ces raisons j'empruntai seulement à ceux de la partie postérieure du membre le lambeau qui devait recouvrir la plaie. La dissection de la peau portée comme je viens de le dire à quatre pouces, je pus à l'aide

de tractions très fortes et répétées quatre ou cinq fois, mettre en contact, presque complet, les deux bords opposés. Les tégumens ainsi tiraillés formaient, à l'angle des deux incisions semi-elliptiques, un bourrelet que je fis disparaître en pratiquant sur chacun une incision d'un pouce. Deux aides maintenant rapprochées les lèvres de la plaie, j'appliquai successivement douze points de suture qui opérèrent une réunion immédiate dans toute l'étendue de la plaie, excepté à la partie moyenne, où, malgré tous nos efforts, les bords restèrent éloignés d'un demi-pouce, à cause de l'aponévrose crurale qui, pressée dans tous les sens, venait faire saillie par cette partie de la plaie. Les tégumens, après l'application des sutures, étaient si tendus, que la cuisse paraissait étranglée, et offrait, dans cet endroit, un volume moindre qu'à son tiers moyen. Afin de prévenir le déchirement des tégumens que pouvaient occasioner les points de suture, je secondai l'action des fils par des bandelettes de sparadrap qui, appliquées par leur milieu à la partie postérieure de la cuisse, venaient se croiser en sens opposé sur les bords de la plaie et remplissaient ainsi les deux buts principaux que je me proposais :

1° Celui d'aider l'action des sutures en assurant le rapport des deux lèvres de la plaie.

2° Celui de s'opposer à la formation des clapiers purulens et de maintenir l'immobilité complète des tégumens en s'opposant à toute espèce de rétraction. Une compresse fenêtrée, un plumasseau de charpie, deux compresses graduées appliquées sur les côtés de la cuisse, et une compresse longuette complétèrent l'appareil de pansement, maintenu en place au moyen d'un bandage roulé et médiocrement serré. Le pansement terminé, la malade qui avait

eu une légère syncope pendant l'opération fut transportée dans son lit où on lui fit boire une potion calmante ; bientôt après elle témoigna le désir de prendre un peu de bouillon, et on lui en donna un petit bol. Deux heures après l'opération et le pansement, qui avaient duré une heure et demie, la malade étant très calme et disposée à prendre un peu de repos, je la quittai non sans éprouver de vives inquiétudes sur le tiraillement excessif des tégumens et sur l'étranglement qu'il opérait sur la région correspondante de la cuisse.

Diète, eau de riz gommée.

La malade demeurant à la campagne, je ne pus la voir que le lendemain, à huit heures, et je ne fus pas peu surpris de la trouver calme, entièrement délivrée des douleurs atroces qui la tourmentaient auparavant, et n'ayant éprouvé, depuis l'opération, aucun symptôme grave dépendant de l'étranglement du membre. Le pouls était petit et fréquent, la langue mince et pâle, la diarrhée moindre. Comme il y avait à craindre un état d'épuisement beaucoup plus qu'une inflammation des organes digestifs, je prescrivis de donner un peu de bouillon, en y ajoutant un cinquième de vin de Bordeaux, quatre fois par jour.

Aucun accident du côté de la plaie n'ayant apparu, et l'état général de la malade s'améliorant sensiblement, je laissai le premier appareil jusqu'au cinquième jour ; il était d'ailleurs à peine traversé par la suppuration. Je le levai néanmoins, et je vis que les tégumens, après avoir supporté de si grands efforts, s'étaient tellement distendus que tout étranglement avait cessé, et que la plaie était aux deux tiers réunie ; à la partie moyenne seulement, les bords étaient séparés d'un pouce environ ; ce qui dépendait, comme nous l'avons déjà dit, de ce que l'aponévrose

crurale, refoulée par les muscles que la traction des tégumens avait assez fortement comprimés, venait faire hernie entre les bords de la plaie, et s'opposait à leur réunion immédiate. Les adhérences qui s'étaient déjà établies ne me permirent pas de les rapprocher davantage. Cependant, pour aider à la cicatrisation et maintenir les parties dans les mêmes rapports, je réappliquai des bandelettes agglutinatives et recouvris le tout d'un appareil convenable.

La malade, qui depuis long-temps n'avait pu se livrer à un sommeil réparateur, éprouvait un bien-être indicible du repos dont elle jouissait depuis le jour de l'opération. Avant cette dernière, le pouls était petit, presque filiforme, la prostration extrême, la peau sèche, rugueuse et d'une couleur terreuse, l'amaigrissement approchait du marasme, et, par-dessus tout, la diarrhée menaçait la malade d'une fin prochaine. Maintenant le pouls était moins fréquent et plus fort, la peau se couvrait d'une légère moiteur, la diarrhée avait diminué, etc. La disparition complète de la suppuration abondante et ichoreuse qui s'échappait de l'ulcère et qui infectait depuis long-temps la malade, ne contribuait pas peu à lui donner du calme, et à faire renaître dans son esprit des espérances qu'elle avait depuis long-temps perdues.

Régime. — Quelques légers potages, un peu de vin de Bordeaux, coupé avec de l'eau, et, pour boisson, de l'eau gommeuse édulcorée.

Trois jours après (huitième de l'opération), je fis le second pansement en présence de deux confrères qui m'avaient témoigné le désir de constater les résultats de l'opération, et ils furent surpris de voir, au lieu d'une large surface dénudée comme ils le croyaient, une plaie simple et presque cicatrisée. La partie moyenne, comme nous l'avons dit, n'a

pu se réunir par première intention, à cause de la présence de l'aponévrose crurale.

Depuis, les pansemens furent renouvelés tous les trois jours ; les points du suture étant devenus inutiles, je pus les enlever le cinquième, dix-huit jours après l'opération. Sauf quelques mouvemens fébriles, il n'est survenu aucun accident digne d'être noté jusqu'au vingt-cinquième jour, époque à laquelle la plaie était quasi-cicatrisée, et où je fus obligé d'abandonner la malade pour rejoindre mon poste à Alger.

Réflexions. — L'observation qui précède doit fixer notre attention : 1° par son opportunité. Il est évident que si elle eût été différée la malade aurait infailliblement succombé à l'épuisement occasioné et par l'abondance de la suppuration fétide qui suintait de l'ulcère et par la diarrhée; 2° par le procédé qu'il a fallu choisir, afin d'obtenir une cicatrisation plus rapide et d'avoir le moins de suppuration possible. Quant au premier temps de l'opération, il n'y avait pas de choix à faire, puisqu'il consistait à enlever uniquement les parties ulcérées, ainsi que celles qui étaient susceptibles de s'ulcérer. Mais il n'en était pas de même pour le mode de pansement. Fallait-il, après avoir enlevé l'ulcère, panser à plat la large surface de la plaie et exposer la malade, qui succombait d'épuisement, aux chances d'une cicatrisation qui ne pouvait s'opérer qu'après une suppuration abondante et au bout d'un temps dont on ne pouvait prévoir le terme? Telle n'était pas la conduite à suivre en pareille circonstance; et si la chirurgie ne nous eût offert d'autres procédés que celui-là, mieux aurait valu abandonner la malade aux conséquences funestes de son mal, que de lui faire supporter les douleurs d'une opération qui ne pouvait avoir aucune chance favorable. Le procédé qu'il im-

portait d'adopter était celui qui aurait permis de mettre en rapport les lèvres de la plaie. Mais celles-ci étaient trop éloignées pour être mises en contact immédiat, sans une nouvelle opération que la chirurgie du dix-neuvième siècle a reconquise, grâce aux consciencieux travaux des *Carpen*, des *Græfe*, des *Dupuytren*, des *Delpech*, des *Roux*, des *Velpeau*, des *Blandin*, etc. En un mot, il était impossible de réunir les bords de la plaie, sans emprunter aux tégumens voisins de quoi recouvrir la surface dénudée, au moyen de l'anaplastie par glissement ou mieux par tiraillement de la peau, préalablement disséquée. Ce procédé qui repose, comme on sait, sur le principe de l'extensibilité de la peau, basé lui-même sur l'élasticité naturelle de cet organe, a été mis en usage par MM. *Roux* et *Serre* pour diverses restaurations de la face. C'est aussi le procédé que *Franco* employa avec succès chez le Suisse *Jacques Janior*, atteint depuis huit ans d'une perte de substance à la joue, assez grande pour donner passage à un œuf d'oie, et par laquelle la salive, les alimens et les boissons s'échappaient continuellement. Je dois ajouter que les tiraillemens successifs et assez violens que nous dûmes exercer sur la peau ne donnèrent lieu qu'à de très légères douleurs.

Nous terminerons en disant que si la réunion par première intention, de laquelle les opérations chirurgicales et celles d'anaplastie surtout retirent de si grands avantages, avait besoin d'un nouveau fait pour dissiper les doutes qui restent encore dans certains esprits, aucun ne pouvait être mieux choisi ni plus concluant que celui qui fait le sujet de cette observation.

Opération de fistule salivaire du conduit de Sténon par un nouveau procédé. Guérison en quinze jours, PAR LE MÊME.

Le nommé Tellier, chasseur dans un des régimens de cavalerie qui étaient venus en Afrique pour prendre part aux expéditions qui ont eu lieu pendant l'année 1840, portait, depuis un an environ, une fistule salivaire à la joue gauche, qui avait succédé à un abcès de cette région. Vainement on avait cherché à en opérer la cicatrisation au moyen de la cautérisation et de la compression. La fistule persistait, ou si elle paraissait avoir cédé quelquefois à la cautérisation, par exemple, c'était pour reparaître peu de temps après sous la forme d'un nouvel abcès. Le malade, entré à l'hôpital de Mustapha-Pacha, au mois de juillet 1840, nous résolûmes, après les renseignemens que nous venons de donner, d'employer le seul moyen qui pût amener une cure radicale, soit en supprimant la sécrétion de la salive, soit en en rétablissant le cours dans la bouche au moyen d'un trajet artificiel. Je ne m'arrêterai pas au premier moyen; car, comme MM. Velpeau et Serre, je pense que la sécrétion de la glande parotide ne peut pas être arrêtée sans quelque inconvénient, soit qu'on l'opère comme le voulait Desault, en comprimant la glande, ou comme l'a proposé Zang, en posant une ligature sur le conduit de Sténon. Le but que je me proposai fut donc de rétablir le cours de la salive dans la bouche et d'obtenir la cicatrisation du petit ulcère de la joue. Mais, des vingt ou vingt-cinq procédés opératoires imaginés pour atteindre ce but, quel était celui qui devait être préféré? Après les avoir passés tous en revue et bien réfléchi sur la valeur réelle de chacun d'eux, je m'aperçus que ce grand nombre tient beaucoup moins aux différentes nuances de la maladie qu'à quelque point

de l'opération que nous avons imaginé le procédé suivant qui nous a réussi une fois et qui nous semblerait infaillible si, en chirurgie, il était permis d'appliquer ce mot à un procédé opératoire quelconque.

Voici comment nous le pratiquons :

Le malade étant assis et la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, je mets à découvert le conduit de Sténon dans l'étendue d'un centimètre, en pratiquant sur les tégumens de la joue et dans une direction parallèle à la sienne, une incision d'un centimètre et demi à-peu-près. Le conduit étant à découvert, j'isole, de quelques millimètres, l'extrémité qui correspond à la fistule. Puis, je saisis un petit trocart, muni d'une canule sans pavillon, longue de deux centimètres environ, coupée en bec de flûte à une extrémité et présentant à celle qui doit paraître dans la bouche et que j'appellerai buccale, une coupure très fine pratiquée un peu obliquement sur un point quelconque de sa circonférence en comprenant toute l'épaisseur de la paroi. Je ne peux donner une idée plus exacte de cette coupure qu'en la comparant à celle qu'on voit sur les bobines pour y fixer le fil. Portant la pointe de ce trois-quarts au fond de la petite plaie, et au niveau du point où finit le décollement du conduit de Stenon, je perce la joue en suivant, autant que possible, la direction naturelle du conduit, c'est-à-dire en dirigeant l'instrument d'arrière en avant et de dehors en dedans. A l'exemple de *Richter*, je mets dans la bouche un morceau de liège pour soutenir et recevoir la pointe de l'instrument. La joue étant traversée, je retire le trois-quart en laissant la canule. Avec une aiguille très fine, munie d'un fil de soie ciré, je traverse l'extrémité libre du canal de Stenon en portant la pointe de l'instrument dans le conduit

même et la faisant sortir sur un point quelconque de ses parois. Le conduit ou la moitié seulement, se trouvant ainsi fixé dans l'anse de la soie, les deux chefs du fil sont introduits par la canule jusque dans la bouche; les saisissant alors avec des pinces ou avec les doigts pendant qu'un aide maintient la canule afin de l'empêcher de glisser, j'opère de légères tractions sur eux, et j'engage ainsi le bout du conduit de Stenon dans la canule. Quand ce conduit est suffisamment engagé, je fais entrer avec les doigts seuls ou mieux à l'aide d'un petit porte-mèche, les deux chefs du fil dans la coupure que présente la canule à son extrémité buccale. Comme les efforts qu'on est obligé de faire pour engager le fil tendent à faire remonter la canule, il est nécessaire que l'aide s'oppose à ce mouvement en appuyant un de ses doigts sur l'autre extrémité. Les bouts du fil une fois bien engagés sont coupés à peu de distance de la canule, et l'appareil est abandonné à lui-même sans qu'il puisse nullement se déranger. La plaie de l'extérieur est alors réunie, comme dans le bec de lièvre, à l'aide de la suture entortillée. Sa cicatrisation est d'autant plus prompte qu'aucun corps étranger, ni la présence de la salive, ne viennent y mettre aucun obstacle. Ici, en effet, pas de fil extérieur pour maintenir la canule en place, tandis que la salive, en sortant du canal sécréteur, tombe immédiatement dans le tube qui doit la conduire à la bouche, condition qu'on ne trouve dans aucun procédé décrit. La cicatrisation de la plaie fut complète au bout de huit jours; mais, afin d'assurer le succès de l'opération, je laissai la canule en place jusqu'au quinzième; pour l'enlever, il suffit de dégager le fil de sa coupure et de tirer légèrement. La canule, étant enlevée, laisse un canal très large au milieu duquel flotte le fil dont l'anse embrasse encore le bout du

conduit de Sténon. Si on présumait que le trajet artificiel n'est pas suffisamment cicatrisé, ce qui n'est pa pro bable, on pourrait introduire de nouveau la canule en se servant du fil conducteur ou bien laisser encore quelques jours le fil seulement qu'on enleverait à volonté en tirant sur un des chefs. On conçoit maintenant que si on a soin de laisser le petit appareil en place jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie extérieure, la salive trouvera toujours un conduit assez large pour ne jamais occasioner un nouvel abcès qui puisse compromettre le succès de l'opération.

C'est ce procédé qui fut employé de tous points sur notre malade ; la guérison était assurée le quinzième jour.

Si nous réfléchissons un peu à cet appareil, nous voyons que son efficacité repose sur deux actions opposées, représentées : 1° par le conduit de Sténon qui en se rétractant, cherche à revenir sur lui-même et à abandonner la canule. 2° par la canule qui, obéissant à son propre poids, tend à glisser dans la bouche et à s'éloigner aussi du canal salivaire. Le fil de soie pare à merveille à l'un et à l'autre de ces inconvéniens, puisque le conduit de Sténon ne saurait se rétracter sans entraîner, à l'aide de ce fil, la canule dans le sens de la rétraction et la canule à son tour, maintenue en place au moyen du même fil, ne peut obéir à son propre poids sans tirer vers elle le conduit (1).

(1) N'est-il pas à craindre, dans le procédé d'ailleurs très ingénieux de M. Bonnafont : 1° que l'isolement du canal de Sténon au milieu de tissus durs et lardacés ne soit souvent fort difficile ; 2° qu'un fil, passé au travers de ce canal, ne le coupe et ne s'en détache dès le deuxième ou le troisième jour, avant la troisième semaine du moins ; 3° que le tout ne se réduise alors, en définitive, à l'une des mesures du procédé de M. de Guyse, dont le manuel est assurément plus facile et plus prompt? V.

LEÇONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Faites à la Charité de Berlin (Vortræge in der chirurgischen Klinik der Kœniglichen Charité), par DIEFFENBACH, recueillies par le docteur Th. MEIER.

Analyse par M. OULMONT, Interne des Hôpitaux.

Le nom de M. Dieffenbach est entouré, en Allemagne, d'une haute considération. La sagacité, la hardiesse, l'esprit ingénieux du professeur de Berlin lui ont valu une place distinguée parmi les chirurgiens modernes. De nombreux élèves accourent à ses leçons, il en vient, comme il le dit lui-même, jusque des rives de l'Ohio et du Mississipi.—Un de ces élèves a recueilli ses leçons pendant le semestre d'été de 1840 et les a publiées. —Nous avons accueilli cette publication avec faveur, nous avions hâte de juger sous toutes ses faces le propagateur de l'opération du strabisme et du bégaiement. Jusqu'à présent M. Dieffenbach ne s'était guère révélé que par quelques opérations spéciales, l'anaplastie, le strabisme, etc. Nous allions le voir en face de toutes les maladies chirurgicales, et apprécier ainsi les hautes prétentions que lui prêtent ses bienveillans amis. Malheureusement notre espérance ne s'est pas réalisée. Au lieu d'un livre sérieux, sérieusement fait, donnant toutes les idées du maître avec des faits à l'appui, nous n'avons trouvé qu'un recueil d'observations incomplètes, des considérations écourtées, des assertions sans preuves, des succès étranges, le tout empreint d'une teinte très marquée d'exagération. L'éditeur a cru devoir en effet reproduire ces leçons dans toute la naïveté de leur exposition ; nous pouvons y suivre le chirurgien de salle en salle, de malade en malade, entendre une observation in-

signifiante à côté d'une observation importante, etc.; il n'en a pas même changé la forme, du reste assez originale. Toutes ces leçons sont des conversations par demande et par réponse entre le maître et ses élèves. Pourtant au milieu du pêle-mêle qui résulte de cette manière de procéder, on trouve souvent des faits précieux, des considérations neuves, des déductions d'une haute portée. À côté de leçons sur la saignée, le cataplasme, la seringue, on remarque d'excellentes considérations sur le strabisme, la déchirure du périnée, l'autoplastie, etc. C'est parmi ces considérations que nous choisirons quelques parties pour les reproduire, nous attachant surtout aux points que l'auteur a modifiés, ou sur lesquels il diffère d'opinion avec les autres chirurgiens. Avant d'entrer en matière, nous devons relever une assertion, échappée sans doute à M. Dieffenbach. Dans sa leçon d'introduction, venant à parler des chirurgiens, il croit devoir en distinguer trois classes. La première regardant toute maladie locale comme le reflet d'une maladie générale, redoute le bistouri comme un poignard, et ne s'y résigne qu'après avoir épuisé tout un arsenal de médicamens externes ou internes. La deuxième classe, d'un esprit tout opposé, veut tout opérer. Son bistouri ne recule devant rien. C'est à cette classe qu'appartiennent un grand nombre de chirurgiens français. Leur devise est : *Il faut tout opérer*, et leur croyance : *La chirurgie ne fait pas grand'chose de la médecine* (textuel). A la troisième classe appartiennent les chirurgiens qui réunissent les qualités des deux précédentes. D'un esprit élevé et juste, ils sont médecins et chirurgiens dans toute l'acception du mot. C'est dans cette troisième classe que se range M. Dieffenbach. Sans nous arrêter à cet excès de modestie, nous ferons observer à M. Dieffenbach,

que l'intelligence et la raison sont de tous les pays, et qu'il doit par suite y avoir autant de chirurgiens distingués en France qu'en Allemagne. — Du reste la qualité d'être plus ou moins *coupeur* est peut-être une question de localité. M. Dieffenbach se rappelle sans doute avoir joui d'une réputation de ce genre pendant son séjour en France; et la lecture du livre qu'un de ses élèves vient de publier ne me paraît pas lui donner le droit de se montrer si sévère envers les chirurgiens français qui ont, eux, accueilli ses travaux et sa personne avec une bienveillance et des égards presque romanesques!

Strabisme. — Au mois de juillet 1840, M. Dieffenbach avait déjà fait près de quatre cents opérations de strabisme; aussi avait-il déjà largement étudié la question. Il connaissait les causes de cette difformité, ses effets sur la vision; il savait l'influence de l'opération sur la myopie des louches, sur certains prolapsus de la paupière supérieure, etc. Il avait opéré, par diverses méthodes, et était arrivé ainsi à tracer les règles opératoires suivantes : « Le mode d'opé- « ration du strabisme variera suivant les différens cas, et « ces variétés porteront sur trois circonstances : 1° Le plus « ou moins de décollement de la conjonctive exerce une « grande influence sur l'issue de l'opération; plus cette mem- « brane est ménagée, plus l'incision est petite, moins la posi- « tion de l'œil sera changée, tandis qu'un large décollement « de la conjonctive détermine le renversement de l'œil du « côté opposé; 2° il importe de ne détacher entièrement les « muscles du tissu cellulaire environnant, qu'autant qu'on « aura besoin de toute la puissance des muscles antagonistes « pour obtenir le redressement du strabisme. On comprend

« qu'ils auront d'autant plus d'action que les muscles oppo-
« sés seront plus détachés du tissu cellulaire qui les en-
« toure; 3° enfin le lieu d'incision du muscle devra varier
« suivant le résultat qu'on voudra obtenir. Si on l'incise à
« son insertion à la sclérotique, l'œil ne gagnera qu'une
« ligne et même une demi-ligne. Si, au contraire, après
« l'avoir isolé du tissu cellulaire environnant, on le coupe à
« sa plus grande profondeur, immédiatement les antago-
« nistes portent l'œil de l'autre côté.

« J'ai opéré des strabismes par la méthode sous-cutanée
« avec une très petite incision de la conjonctive, et je n'ob-
« tenais qu'un redressement d'une à deux lignes, et une nou-
« velle opération était presque toujours nécessaire. Plus
« tard, j'ai expérimenté la méthode opposée, j'incisais lar-
« gement la conjonctive, je décollais les muscles, j'en exci-
« sais une partie, et il en résultait souvent un strabisme
« divergent (1).

« Dans ce cas, il m'a fallu recourir à la section du muscle
« droit externe, et quand, malgré cette nouvelle opération,
« l'œil ne reprenait pas sa position directe, il me suffisait,
« après avoir détaché la conjonctive de l'angle externe de
« l'œil, de passer, dans un repli de cette membrane, un fil
« de soie qui était ensuite ramené et attaché sur le nez avec
« un morceau d'emplâtre. Les bords de la plaie se trou-
« vaient ainsi forcés de se cicatriser dans cette position:
« cette modification a produit de brillans résultats.

« Quand, après l'opération du strabisme convergent, la dif-
« formité persiste, et qu'on renouvelle l'opération, il en
« résulte le plus souvent un strabisme divergent; aussi lors-

(1) Cela prouve, il me semble, que, pratiquée par M. Dieffenbach, l'opération du strabisme n'a pas toujours eu un plein succès.

« que la première opération n'a pas réussi, au lieu d'opérer « de nouveau, je me contente de faire recouvrir l'œil sain, « et d'engager les malades à regarder fortement en dehors « ou en avant, à fixer long-temps un objet déterminé. Au « lit, il faut leur faire garder une position telle que l'œil « malade soit forcé de se porter en dehors. Des moyens ana- « logues, mais d'une action tout opposée, sont employés « quand, à la suite de l'opération du strabisme interne, il « survient un strabisme externe.

C'est en agissant d'après les principes que nous venons de reproduire que M. Dieffenbach a fait près de quatre cents opérations sans insuccès, à ce qu'il paraît, et sans accidens, sauf une seule exception. Sans vouloir révoquer en doute ni l'habileté ni la bonne foi du chirurgien allemand, nous croyons que ces préceptes, tout ingénieux qu'ils soient, doivent parfois avoir été insuffisans. Et d'abord, il faut établir que la méthode sous-cutanée, et la méthode par large incision de la conjonctive ont, absolument parlant, plus de succès que ne le croit M. Dieffenbach. M. Guerin qui n'opère guère que par la première, compte, à ce qu'il dit, un grand nombre de succès, et M. Velpeau, qui incise assez largement la conjonctive n'a pas été moins heureux. Contrairement à l'opinion de M. Dieffenbach, nous avons vu nombre de cas où malgré une large incision de la conjonction, et un décollement étendu du muscle, le strabisme convergent persistait et où l'œil ne reprenait sa direction normale, que lorsqu'on avait coupé tout ou partie du muscle droit supérieur ou du droit inférieur, et quelquefois tous deux ensemble. Dans ces cas même il ne s'établissait pas de strabisme divergent, et M. Velpeau compte plusieurs beaux succès de cette manière d'opérer.

M. Dieffenbach rapporte dans ses leçons, quarante-huit observations de strabisme avec quelques détails. Des trois cents et quelques autres, il n'est fait mention que pour mémoire. Qu'il y ait eu guérison primitive, ou seulement consécutive à une deuxième opération, toujours est-il, que pour tous ces cas, on ne parle que d'un seul insuccès, encore celui-ci a-t-il été indépendant du chirurgien. C'était une dame de très haut rang qui, dès après l'opération et malgré ses médecins, voulut écrire une lettre. Le sujet de cette lettre lui fit à plusieurs reprises verser des larmes, il en résulta une violente inflammation qui, malgré le traitement le plus actif, laissa à sa suite une perte à-peu-près complète de la vision. Sans doute l'heureux résultat d'une opération dépend beaucoup du chirurgien, mais il dépend aussi de la maladie, et celle-ci ne se prête pas toujours avec une égale facilité aux désirs de l'opérateur. Les causes de cette résistance peuvent nous échapper, mais elles existent, de nombreuses observations en font foi, en France du moins. Aussi ne voulons-nous accepter qu'avec réserve les beaux résultats publiés par les élèves de M. Dieffenbach (1). Les moyens gymnastiques de l'œil conseillés par M. Dieffenbach après l'opération sont simples et d'une application facile. Mais ils ne sont pas toujours suivis d'un heureux résultat. M. Velpeau qui les a employés souvent, y substitue avec bonheur une sorte de compression de l'œil. Suivant qu'on veut que l'œil se porte en dehors ou en dedans, on place à l'angle interne ou externe de l'œil un petit tampon assez mou pour comprimer cet angle sans le blesser ; ce tampon qui est maintenu

(1) Nous voyons d'ailleurs, dans un tableau publié par M. Ch. Phillipps, qui opère exactement comme M. Dieffenbach qu'en réalité ces succès *constans* dont les enthousiastes ont tant parlé, se réduisent à soixante-quinze sur cent.

par des bandelettes agglutinatives, force l'œil à regarder du côté seulement où il est libre. On l'applique un, deux, trois jours après l'opération et il reste en place jusqu'à ce qu'on ait donné à l'œil la direction voulue. Il est indispensable pour le succès, que cette compression soit parfaitement faite.

Ténotomie. — 1° *Pied-bot.* M. Dieffenbach n'admet que trois espèces de pied-bot. L'espèce talus est regardée par lui comme le dernier degré du valgus. Le procédé opératoire pour la section du tendon d'Achille ne diffère de celui qui est généralement employé que parce que l'incision du tendon a lieu de sa face profonde vers sa face cutanée. Pour le pied-bot varus, il joint à la section de ce tendon celle du tibial antérieur, du fléchisseur propre du gros orteil, et, quand le pied est suffisamment redressé, il le place dans la machine de Stromeyer. Lorsque la déformation est portée à un haut degré, il est impossible, même après la section des tendons, de placer le pied dans la machine de Stromeyer. Dans ces cas, on applique à la partie externe du membre une attelle droite qui va du genou jusqu'au-delà du pied. Le pied, et surtout sa pointe, sont maintenus par des liens contre cette attelle, à-peu-près de la même manière que Dupuytren maintenait le pied dans la fracture du péroné. Une application prolongée et attentivement surveillée de cet appareil, imprime au pied une direction en dehors et en bas et réussit à transformer le dernier degré du varus en un pied équin. Quand on a obtenu ce résultat, après une deuxième section du tendon d'Achille, on applique la machine de Stromeyer, et la guérison marche rapidement.

On ne connaît pas en France la machine de Stromeyer; mais si nous comprenons bien le mode d'action de l'attelle

externe, cette machine ne doit servir qu'à donner au pied une direction plus ou moins perpendiculaire à la jambe. Si son action se borne à produire ce résultat, elle nous semble insuffisante. A un haut degré, le pied-bot varus est accompagné d'une courbure du pied vers sa face plantaire, courbure quelquefois très marquée. Si cette courbure a persisté de longues années les os se sont déformés, et l'application de l'attelle externe sera parfaitement insuffisante pour guérir la difformité, d'abord à cause de la déformation des os, et puis à cause du peu d'action que les liens ont sur l'extrémité du pied. — Les machines dont on se sert à l'hôpital de la Charité de Paris nous semblent bien plus avantageuses; une articulation mobile sur le côté permet d'agir sur la courbure dont nous avons parlé assez efficacement pour redresser le pied d'une manière complète. Nous avons vu plusieurs succès de ce genre dans le service de M. Velpeau.

Pour le pied-bot valgus, M. Dieffenbach coupe les tendons des muscles extenseurs des pieds et des péroniers en totalité ou en partie. Après l'opération, le membre est placé dans l'appareil suivant: Le pied est entouré de bandelettes agglutinatives, puis une attelle de carton ou de bois est placée et maintenue à la face antérieure de la jambe où elle descend jusque sur le dos du pied. Cette attelle a pour but de diriger la pointe du pied en bas et en dedans. — Cet appareil sera renouvelé assez souvent pour corriger les inexactitudes d'application. — M. Dieffenbach ne comprend pas de quelle utilité peut être dans ces cas la section du tendon d'Achille, que l'on a conseillée; elle lui semble devoir augmenter la difformité. Elle ne lui paraîtrait justifiable que dans les cas où le valgus étant porté à un degré extrême, la plante du pied serait complètement tournée en dehors.

2° *Contractures*. — « La ténotomie, dit M. Dieffenbach, a « changé la face de la chirurgie. Il y a quelques années, on « ne savait, pour guérir les contractures et les déformations « des articulations, que recourir à l'amputation des mem- « bres (1). Aujourd'hui, nous avons le pouvoir de redresser « ces membres, de leur rendre presque leurs fonctions pri- « mitives. Ce pouvoir, c'est la ténotomie qui nous l'a donné. »

La ténotomie a déjà été appliquée avec succès au traitement des contractures de toutes les articulations. La cause ou les effets de la contracture ne paraissent pas être pour M. Dieffenbach d'une grande importance pour l'opération. Il applique sa méthode de redressement aux simples contractures musculaires, aux flexions produites par des caries scrofuleuses, même lorsqu'elles proviennent des cartilages articulaires, ou lorsqu'il y a déformation par des productions osseuses nouvelles. Comme la ténotomie seule ne guérit pas toutes ces maladies rangées sous le nom de contractures; on a dû songer à y joindre des moyens d'extension. M. Dieffenbach eut recours d'abord à l'extension graduelle et prolongée, mais il rejeta bientôt ce moyen comme trop long, trop douloureux et d'un résultat incertain. Il ne s'est pas arrêté à l'extension brusque à l'aide de machines proposées par des chirurgiens français, parce que l'application de ces machines est trop aveugle et trop peu sûre. — Mais l'extension brusque à l'aide des mains lui paraît le moyen le plus avantageux. — Après avoir coupé les tendons contracturés, il cherche à fléchir autant que possible le membre malade pour rompre les adhérences, puis par une pression brusque, plusieurs mains appuyées sur la convexité de l'articulation, la ploient ou la rompent (*biegen oder*

(1) Où M. Dieffenbach a-t-il vu cela? pas en France assurément!

brechen). Après l'opération le membre est entouré d'une bande de laine et placé dans une attelle concave. Une des particularités les plus remarquables, est la cessation très rapide des douleurs dès après l'opération. Par ce moyen des malades ont été guéris de leur difformité et ont même recouvré jusqu'à un certain point le mouvement de l'articulation.

Il n'y a manifestement, comme le fait avec justice remarquer M. Bégin, entre la manœuvre que nous venons de décrire et la manière d'agir de la machine de M. Louvrier, d'autre différence que celle de la section préalable des tendons. Si l'action d'une machine est aveugle, celle de plusieurs mains, devant agir ensemble et brusquement, ne paraît pas beaucoup plus intelligente. Du reste, M. Dieffenbach et M. Louvrier tendent exactement au même résultat; l'un et l'autre veulent briser l'articulation. Toutes les objections faites à la machine Louvrier nous semblent donc devoir également s'adresser à la manœuvre du chirurgien de Berlin. Nous ne contestons pas quelques succès à M. Dieffenbach, bien qu'il nous soit difficile de croire au rétablissement des mouvements dans les déformations des membres autres que celles produites par la simple contracture musculaire, mais nous n'en pensons pas moins, que les résultats qu'il a pu obtenir n'ont pas compensé les douleurs et les dangers qu'ont dû courir les malades. La leçon de M. Dieffenbach sur les contractures a été faite à l'occasion d'un petit malade fort intéressant. Comme l'observation est assez détaillée, que d'ailleurs c'est un insuccès (cas fort rare dans le livre que nous analysons), nous allons le reproduire. Il pourra donner une idée de la manière de faire et de la hardiesse du chirurgien de Berlin.

Un enfant de 9 ans porté à la suite de caries scrofuleuses, survenues dans sa première enfance, des ankyloses angulaires de toutes les articulations des extrémités inférieures. La carie paraît avoir été localisée à quelques points pour les articulations du genou, car l'ankylose est incomplète; on peut assez bien fléchir cette articulation, mais des productions osseuses de nouvelle formation autour de la rotule rendent l'extension impossible. Çà et là sur le genou la peau est adhérente par suite de cicatrices d'anciennes fistules. Le malade ne peut marcher qu'avec des béquilles. On remarque dans l'articulation de la hanche le muscle droit fortement tendu, et dans le jarret, la saillie très forte des muscles demi tendineux, demi membraneux et biceps. L'opération fut pratiquée le 29 juin 1840 sur le membre abdominal droit. Pour éviter la déchirure de l'artère poplitée que l'on a vue dans quelques cas de ce genre raccourcie et contractée, on fléchit à plusieurs reprises et avec force l'articulation du genou, pour rompre les adhérences et allonger le vaisseau. Puis le malade est couché sur le ventre, des aides maintiennent la jambe et la cuisse en les étendant un peu. Avec un petit couteau, M. Dieffenbach coupe de la face cutanée, vers les parties profondes, les tendons des muscles demi tendineux, demi membraneux et biceps; celui-ci ne fut complètement divisé qu'après trois tentatives. Après cette section, l'opérateur, saisissant d'une main le genou et de l'autre le talon, exerce plusieurs mouvemens de flexion forcée, jusqu'à faire toucher l'ischion avec le talon; ensuite le malade est couché sur le dos, la cuisse étendue, les muscles contracturés paraissaient être le muscle droit, le tenseur du fascia lata et le pectiné. Le petit couteau fut introduit au dessous de l'épine iliaque parallèlement au ligament de Pou-

part, et alla couper tout le muscle droit de dehors en dedans. Par une deuxième incision, le ténotome alla couper le muscle du fascia lata. Comme, malgré ces sections, l'extension n'était pas encore possible, le muscle pectiné fut coupé à son tour. Puis faisant maintenir le siège et le talon, la main de l'opérateur, aidée de celle de l'un des assistans, exerçant sur le genou un mouvement brusque et violent, parvint à redresser cette jointure. Tout le membre abdominal fut enveloppé de flanelle et placé dans une gouttière de fer-blanc, s'étendant depuis le bassin jusqu'au talon. La douleur cessa peu de temps après l'opération, et le malade se trouva, pendant quelques jours, assez bien. Il mourut néanmoins de péritonite, vingt jours après l'opération. L'autopsie n'a pas été faite par suite de l'opposition des parens.

Nous ne ferons que quelques remarques à la suite de cette observation. Quel but se proposait le chirurgien de Berlin tout en pratiquant une telle opération ? De redresser les deux membres abdominaux et de substituer des ankyloses droites à des ankyloses angulaires? Le petit malade aurait-il résisté deux fois à une opération si cruelle? et pendant l'opération, M. Dieffenbach est-il bien sûr d'avoir coupé tout le muscle droit, rien que lui ? Il faut qu'il soit bien sûr de son bistouri pour aller chercher le muscle pectiné en arrière et en dedans des vaisseaux fémoraux. N'y a-t-il eu d'autre rapport que la proximité entre cette péritonite mortelle et ces opérations pratiquées sur la hanche? Ce sont toutes questions qu'on résoudrait mieux à Berlin qu'à Paris, car l'autopsie n'a pas été faite; mais nous pouvons certifier à M. Dieffenbach que quelque *coupeurs* qu'il croie les chirurgiens français, bien peu d'entre eux eussent osé entreprendre une telle opération.

Rupture du périnée. Lorsque cette déchirure n'était pas très étendue, on s'est borné pendant long-temps pour combattre ces accidens à conseiller à la malade de tenir les cuisses rapprochées pour déterminer la cicatrisation. Mais ce moyen n'a jamais été suivi de la guérison de l'infirmité; on peut s'en convaincre, en examinant les femmes traitées de cette façon. Il y a eu cicatrisation, mais aux dépens du périnée qui a disparu et à l'avantage du vagin qui s'est élargi de toute la déchirure. A un haut degré, cette affection a été regardée comme incurable (1), jusqu'à M. Roux qui a opéré avec succès plusieurs personnes. Le procédé opératoire de M. Roux a paru vicieux à M. Dieffenbach, qui l'a modifié; et c'est avec cette modification qu'il a obtenu les plus brillans et les plus nombreux succès. — On n'a pas réussi jusqu'à présent, suivant le chirurgien de Berlin, parce que, dans l'avivement de la plaie, on n'enlevait qu'une couche superficielle. Il conseille donc d'aviver largement et profondément les bords durs et calleux de la plaie dans toute son étendue, de placer les aiguilles loin des bords, quelquefois un pouce, de manière à affronter la plus grande épaisseur des tissus. — Il se sert de la suture à nœuds et d'aiguilles à courbes très fortes. — Si, dans les anciennes ruptures du périnée, les parties sont dures et inflexibles, il conseille de faire sur les côtés de la plaie deux incisions en demi-lune, comme pour isoler la rupture; s'il y a en même temps déchirure du vagin et de l'anus, on place d'abord les sutures du vagin puis celles de l'anus, et en dernier lieu seulement celles du périnée. Après l'opération, il est nécessaire de déterminer au moyen de l'opium une constipation de huit à dix jours.

(1) M. Dieffenbach n'émettrait pas de semblables assertions, s'il se donnait la peine de jeter les yeux sur les ouvrages d'accouchement et de médecine opératoire, publiés en France.

C'est en agissant ainsi que M. Dieffenbach a obtenu de beaux résultats chez des femmes de tout âge, sans que de nouveaux accouchemens soient venus reproduire cet accident. — Ces succès, dont on ne donne pas le chiffre, sont beaux sans doute ; nous rendons justice à la modification ingénieuse de M. Dieffenbach, bien qu'elle soit déjà indiquée dans la médecine opératoire de M. Velpeau, Mais jamais de revers ! toujours des succès ! et le plus de succès de tous les chirurgiens ! ... M. Roux, sur treize cas de suture du périnée, compte quatre insuccès, et chez deux autres il resta une sorte de fistule au bas de la cloison recto-vaginale, M. Velpeau a pratiqué quatre fois cette opération, deux fois avec succès; une des malades est morte de péritonite quelque temps après.

Encouragé par un heureux résultat obtenu à la suite de la suture du périnée faite immédiatement après l'accouchement pour une hémorrhagie, M. Dieffenbach conseille de ne pas attendre, d'opérer dès après la rupture lorsque les tissus sont encore mous et extensibles. Sous ce rapport il est en opposition avec la plupart des chirurgiens qui craignent l'écoulement des lochies et des mucosités vaginales. Du reste, le boursouflement, l'état de congestion des parties doit empêcher la suture de réussir. M. Velpeau l'a tentée une fois et a échoué, aussi conseille-t-il d'attendre que la femme ait repris de la force et que les lèvres de la fente se soient isolément cicatrisées. . . . .

Fistules vésico-vaginales. — Le traitement des fistules vésico-vaginales a fait l'objet de nombreuses recherches. Une foule de procédés opératoires ont été proposés, et cette multiplicité ne sert qu'à prouver l'insuffisance des moyens; aussi une guérison de fistule vésico-vaginale est-elle encore aujour-

d'hui une véritable curiosité. M. Dieffenbach s'est long-temps occupé de cette question; il a opéré un grand nombre de femmes sans arriver à de grands résultats, seulement il croit être le chirurgien qui s'est le plus occupé de cette maladie, et il compte le plus grand nombre de succès, six ou huit. Sa méthode est très simple. Il pratique l'opération à l'aide de la main seule, ou avec le spéculum, ou en attirant une portion du vagin au dehors. Ce dernier moyen n'est applicable que quand la fistule est peu profonde. — Il se borne à aviver les bords de la fistule et à les réunir par la suture à nœuds. Quand la fistule peut être attirée au dehors, on peut se servir de la suture entortillée, ou bien si l'ouverture est petite, l'étreindre, en passant circulairement un fil autour d'elle. — Dieffenbach cite un cas de guérison obtenue par la cautérisation. C'était une femme qui portait une fistule large et profonde, près du col utérin. Cette fistule avait la forme d'un croissant, dont la convexité était tournée vers le vagin et la concavité fermée par le col. A raison de la profondeur de cette fistule, de la dureté de ses bords et de son étendue, M. Dieffenbach ne voulut d'abord rien faire à cette malade. Plus tard vaincu par ses sollicitations, il résolut de tenter l'application du cautère actuel, tout en désespérant du résultat. La femme étant placée comme pour l'opération de la taille, un spéculum de Fricke fut introduit dans le vagin. Après avoir reconnu la position de la fistule, l'opérateur porta sur son orifice un cautère rougi à blanc, il brûla largement les parties; deux autres cautères furent éteints dans la plaie. Après l'opération, on plaça un peu de charpie dans le vagin et une sonde fut passée dans l'urètre. Cette opération avait été pratiquée le 9 juillet; le 22, la malade était bien; il n'était pas sorti d'urine par le vagin. Le toucher ne

fit découvrir dans toute l'étendue de ce conduit aucun orifice anormal ; le spéculum laissa voir une cicatrice à la place de l'ancienne fistule. Le 29, la guérison se maintenait, il ne sortait pas une goutte d'urine par le vagin. La fistule semblait totalement cicatrisée, et cet heureux résultat, dit le professeur à ses élèves, est un de ces merveilleux succès, dont vous ne verrez peut-être jamais un second exemple.

Nous nous arrêterons ici dans la revue que nous voulions faire de l'œuvre de l'élève de M. Dieffenbach, non que la matière nous manque ; nous trouverions encore dans ces leçons de nombreuses opérations à examiner. Des extirpations de tumeurs de la face et autres, des anaplasties, des opérations de hernies étranglées, dont M. Dieffenbach dit avoir pratiqué 350 ! etc., etc. Mais ces opérations sont ou peu intéressantes comme innovations, ou manquent de tant de détails que nous voulons nous tenir sur la réserve. Nous nous bornerons à constater que nonobstant M. Seutin, le chirurgien de Berlin affirme avoir déjà appliqué le bandage amidonné pour les fractures il y a dix ans, et nous terminerons par une observation, qui n'est pas la moins remarquable et la moins curieuse du recueil.

Un homme âgé de 40 ans était affecté depuis une dizaine d'années de mouvemens convulsifs du côté droit de la face. Ces convulsions qui paraissent avoir été la suite d'une fluxion rhumatismale de la joue de ce côté, consistaient dans des tiraillemens continuels et dans des mouvemens vibratoires très marqués de toute cette moitié de la face. Ces convulsions survenaient, sous l'influence de la moindre cause, par l'application de l'eau froide ou même par l'action de parler. — Pendant ces mouvemens, la joue offrait trois plis profonds ; l'angle droit de la bouche était presque attiré jusqu'à

l'oreille de ce côté; les deux lèvres, la peau du front, les deux paupières prenaient part à ces mouvemens désordonnés. Toutes les médications, dont l'emploi paraissait indiqué, avaient été essayées sans succès. Dès que M. Dieffenbach vit ce malade, il songea immédiatement à la section sous-cutanée des muscles, pensant que ce moyen seul pourrait le débarrasser de son infirmité. Cette opération fut acceptée et pratiquée, le 11 juin 1840. Un petit bistouri long, pointu et un peu courbé, fut introduit près de l'angle droit de la bouche et glissé à plat en dehors de la muqueuse buccale jusque vers la région temporale, puis le tranchant tourné en dehors vint couper toutes les parties situées entre la muqueuse et la peau, pendant que l'opérateur retirait son instrument. Le petit bistouri fut de nouveau introduit près de l'angle de la bouche et glissé en dedans et en haut jusqu'à l'angle interne de l'œil; pendant son extraction, il coupa toutes les parties sous-cutanées. Porté ensuite horizontalement en arrière, le long du bord alvéolaire de la mâchoire supérieure, le bistouri alla inciser le buccinateur à son origine. Comme, malgré ces opérations, l'orbiculaire des paupières conservait encore une mobilité anormale, on l'incisa de nouveau dans plusieurs directions. Il résulta de ces opérations la section de presque tous les muscles du côté droit de la face innervés par le facial, l'orbiculaire de la bouche, celui des paupières, le grand et le petit zygomatique, le releveur de l'aile du nez et de la lèvre supérieure et le buccinateur. Aussi, les convulsions cessèrent immédiatement après ces sections. — Deux mois après l'opération, il ne restait pas trace des convulsions, si ce n'est quelques petits mouvemens très localisés à l'angle interne de l'œil. — Les petites plaies d'incisions ne laissaient pas de cicatrices plus apparentes que celles d'une

sangsue ; il n'était pas survenu la moindre suppuration. — Comparée aux résultats de la section du nerf facial conseillée dans les tics douloureux de la face, cette opération est un magnifique succès. La guérison de cette maladie, sans les inconvéniens de la paralysie de la face est certainement une des plus *merveilleuses* applications de la ténotomie à la guérison des infirmités humaines...

REMARQUES CRITIQUES SUR LA CHIRURGIE SIMPLIFIÉE, DE M. MATHIAS MAYOR ;

Par M. MARCHAL (DE CALVI).

M. Mayor est un chirurgien ingénieux, très ingénieux même ; épris de la simplicité, il en a fait la clef de voûte d'un système qu'il a appelé le nouveau système de déligation chirurgicale. Jusque-là, il n'y avait trop rien à dire. Mais la gloire d'avoir *rénové* une des faces de la chirurgie ne suffisait pas à l'ambitieux chirurgien, et voilà qu'il s'imagine de rénover la chirurgie tout entière. Rien de plus facile. M. Mayor aura peu à ajouter à son œuvre pour être ce régénérateur complet : il n'aura qu'à prouver que la chirurgie consiste exclusivement dans l'application des moyens mécaniques au corps humain.

Tout le premier chapitre, ou mieux, le premier mémoire de M. Mayor est consacré à ravaler ainsi la chirurgie. Au reste, M. Mayor est visiblement effrayé de son audace ; car il hésite, s'embarrasse, et se contredit. Nous croyons utile,

(1) *La Chirurgie simplifiée, ou Mémoires pour servir à la réforme et au perfectionnement de la médecine opératoire ;* par Mathias Mayor, chez Béchet et Labé, place de l'Ecole de Médecine, n° 4, Paris.

toutefois, de combattre la prétention attentatoire de M. Mayor; à cet effet, nous allons examiner ce mémoire avec la plus minutieuse attention. Il y aura du moins une partie de ses œuvres de laquelle M. Mayor ne pourra plus dire que ses idées n'ont pas été discutées sérieusement. M. Mayor, nous osons l'espérer, n'aura pas à nous reprocher de ne l'avoir pas combattu loyalement, car, autant que possible, nous le citerons textuellement.

« L'art de guérir, dit M. Mayor, tout au commencement de son livre, ou du moins de traiter les malades, se compose essentiellement de trois parties parfaitement distinctes : de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie. Si elles se trouvent réunies sur le même individu dans les campagnes et quelques petites villes, c'est par exception et parce qu'on ne peut guère faire autrement. Cependant, dans la plupart des universités, on a senti et on sentira toujours plus l'utilité, la nécessité de revenir à ce qui existait du temps d'Hippocrate, à confondre le médecin et le chirurgien, à leur faire suivre les mêmes cours et subir les mêmes examens.

« L'indivisibilité de la médecine et de la chirurgie se trouvera donc ainsi consacrée, et c'est un bien, un progrès ; mais on a consacré également, et perpétué par là cette grave erreur, d'assigner la même origine à ces deux sciences, et d'être dans l'impuissance de tracer les bornes qui doivent les délimiter. »

Ces deux alinéas sont comme un résumé anticipé du chapitre, en ce qu'ils donnent une idée de l'anarchie qui y règne. Ils prouvent que M. Mayor écrit quelquefois trop vite pour avoir le temps de réfléchir convenablement à ce qu'il écrit. C'est, du reste, un défaut commun parmi les personnes qui ont une grande activité d'esprit, qualité pré-

cieuse et inestimable, quand elle s'accompagne d'un jugement sûr, mais qui, sans cette condition, aboutit au déréglement et à la confusion. Quoi! M. Mayor se félicite de l'*indivisibilité* de la médecine et de la chirurgie. Il trouve que *c'est un bien, un progrès;* et plus bas il parle des bornes qui doivent les délimiter! Comment M. Mayor veut-il que l'on établisse des bornes dans un tout indivisible? C'est absolument comme s'il avait dit qu'il faut diviser l'indivisible. Jamais on n'a vu les deux termes d'une plus monstrueuse contradiction se regarder d'aussi près.

« Tous les médecins, sans exception, continue M. Mayor, conviendront que leurs connaissances les plus solides sont le fruit d'observations bien faites, et qu'ils ne peuvent jamais statuer, ni compter *à priori* sur l'effet d'aucun agent thérapeutique, sur le résultat d'aucune médication quelconque. Tout, chez eux, est et doit être subordonné à l'expérience acquise, parce qu'il leur est défendu de saisir et d'expliquer les rapports intimes qui existent entre tel état pathologique donné et tel mode de curation, à moins d'avoir recours à l'empirisme.... Les médecins ne peuvent donc aspirer à d'autre titre qu'à celui d'empiriques éclairés, judicieux, logiques, et plus ou moins savans. Mais alors on est en droit de se demander comment il se fait que, de tout temps, ils aient répudié ce rôle comme indigne d'eux, et comme une injure grossière faite à leurs talens et à leurs vastes connaissances; et pourquoi nous les voyons si jaloux de chercher et de proclamer, chaque jour, des principes nouveaux sur les débris d'autres principes qu'ils ont eu tant de facilité à détruire. C'est que, bien évidemment, ils aspirent à l'impossible, et qu'ils sortent du cercle qui leur est tracé par la nature. »

On comprend bien que c'est là le premier terme d'un

parallèle dont la chirurgie va fournir le second. Arrêtons-nous un instant à cette prémisse. Nous sommes obligé, bien entendu, de rester dans les idées de M. Mayor, ce qui ne nous est pas médiocrement incommode, sans quoi nous aurions déjà dit ce que nous entendons par médecine et par chirurgie. Parlons donc médecine à la manière de M. Mayor. Pour lui, elle est tout entière dans le traitement; c'est dans le traitement qu'il puise le caractère essentiel et distinctif de la médecine. Elle agit *à posteriori;* voilà ce qui la détermine. Ah! nous aurions une belle zoologie, si les espèces animales avaient été déterminées avec cette profondeur de vues! Ensuite, M. Mayor veut bien que la médecine soit comme un tas de recettes sur l'action de tel ou tel médicament; mais il ne lui permet pas d'aspirer aux principes, parce que les principes sont l'impossible. Il voudrait un corps de science, comme les aphorismes d'Hippocrate. Que s'il existait par hasard toute une immense classe d'affections identiques, comme les inflammations, il ne voudrait pas que l'on en ramenât l'histoire à des principes ressortant de toutes, applicables à toutes, sauf ensuite à spécialiser.

Le lecteur s'étonne peut-être de nous voir discuter de telles idées; mais il devra penser que la position de certains hommes oblige qu'on discute leurs opinions, quand même. Or, M. Mayor doit à son mérite, incontestable dans tout ce qui est relatif à l'application, une place parmi les chirurgiens habiles de notre époque.

Ainsi les médecins ne peuvent agir que d'après l'expérience acquise, et c'est là ce qui les distingue. Voyons maintenant quelle peut être la manière d'agir des chirurgiens. Écoutons M. Mayor.

principes fixes, qui sont ceux de la mécanique, de sorte que leur action est souvent calculable d'avance.

D'après la citation que nous avons faite, la chirurgie, pour M. Mayor, consiste exclusivement dans l'application d'agens mécaniques au corps humain. Cela étant, le chirurgien qui ferait disparaître une arthropathie du genou par des topiques appropriés et une médication générale, ne serait pas un chirurgien! Nous ne demandons pas mieux. Qu'on l'appelle un médecin; nous y consentons. Seulement, dans ce cas, la chirurgie de M. Mayor ne sera plus la *sœur* de la médecine, comme il l'appelle; elle sera sa servante; et le chirurgien de M. Mayor ne sera plus le confrère du médecin; ce sera un artisan, rien de plus; un ouvrier travaillant sur la chair et les os de ses semblables, au lieu de travailler sur le fer et le bois.

Comment M. Mayor ne s'est-il pas aperçu qu'il était dans une mauvaise voie? Il y a donc des hommes, des hommes capables, qui lancés dans un courant d'idées, ne savent pas s'arrêter pour juger de leur point de départ, et reconnaître s'ils vont bien où ils doivent aller! Voici ce que M. Mayor devait se dire: il n'y a pas deux sciences médicales; il n'y a pas une médecine et une chirurgie. Il n'y a qu'une médecine, qui connaît de toutes les maladies, externes ou internes; seulement les moyens à l'aide desquels elle tâche d'y remédier, sont divers: les uns appartiennent à la pharmaceutique, les autres sont manuels ou mécaniques, et constituent ce que l'on a appelé la chirurgie. Les premiers sont fournis au médecin par la pharmacie; les seconds, il les trouve en lui-même, et quand il sait bien les appliquer, on l'appelle chirurgien; mais il ne cesse jamais d'être médecin. Cela posé, M. Mayor aurait pu donner carrière à son esprit in-

ventif, en ce qui touche la partie mécanique du traitement des maladies. Rien de mieux.

M. Mayor développe avec beaucoup d'insistance l'idée que les chirurgiens ont trop long-temps méconnu et méconnaissent encore les principes de la mécanique :

« A quoi, dit-il, faut-il attribuer, par exemple, que la ligature des artères, opération si simplement mécanique, ait été aussi long-temps refusée à l'humanité expirante? N'est-ce pas uniquement à l'ignorance de la source où l'homme de l'art doit puiser toutes ces inspirations opératoires? En présence de ce foyer de lumières chirurgicales, quel est celui qui aurait été plus d'une heure sans tomber, et à point nommé, sur le moyen par excellence de parer à la perte totale du sang, lorsque celui-ci s'écoule par l'orifice d'un tube aussi facile à découvrir, atteindre et lier?

« Si vous doutez de ce fait tout *ingénu*, posez nettement le problème de l'hémostasie au premier *gamin* (cette fois c'est nous qui soulignons), que vous rencontrerez, et vous verrez qu'il le résoudra, et à la honte éternelle de tous les doctes opérateurs. Car il n'hésitera pas de le rapporter tout bonnement et avec la plus grande confiance, à ce qu'il a vu faire aux bonnes femmes, quand elles attachent un sac, l'orifice d'une vessie, l'extrémité d'une saucisse, etc., avec un simple bout de fil, et il a fallu aux chirurgiens près de quatre mille ans pour arriver à la découverte et à l'application d'une chose aussi simple, aussi indispensable ! »

La conclusion de tout ceci, c'est que, pendant quatre mille ans, il ne s'est pas trouvé un chirurgien qui eût le simple bon sens du premier *gamin* venu. Vraiment, quand on se connaît, on devrait se surveiller un peu et se défier de sa

verve, car avec de tels argumens, on finit par se donner tort, alors même que l'on a raison.

Plus bas, M. Mayor revient à son *gamin*, et ne nous semble pas mieux inspiré. « Une réflexion fort singulière, dit-il, et assez peu à l'avantage des chirurgiens, même du premier ordre, se présente ici bien naturellement. Comment se fait-il qu'un simple mécanicien, qu'un artisan, doué de quelque bon sens, qu'un gamin ou même une commère, entrevoient, en général, *plus vite* et jugent *plus sainement* que des auteurs, des professeurs et des cliniciens en chirurgie, l'effet immédiat et infaillible de certains moyens mécaniques appliqués au corps humain? » Rien n'est plus facile, et rien ne prouve moins que ces propositions générales. M. Mayor aurait bien dû citer quelques exemples. Qu'un mécanicien connaisse mieux une machine sortie de ses mains qu'un chirurgien, cela est tout naturel; nous ne craignons pas d'avouer, pour notre propre compte, qu'il y a une foule de machines dont nous ne connaissons pas l'économie intérieure et dont nous ne connaissons que le mécanisme. Là-dessus, il est bien certain qu'un ouvrier pourra nous donner des leçons au cas où nous lui en demanderions, ce qui n'est pas probable, attendu qu'il faut laisser à chacun son métier, *cuique suum*, comme dit M. Mayor, qui parle très souvent latin dans son livre. Mais qu'un mécanicien quelconque, à moins que, comme M. Mayor, il ne soit chirurgien et mécanicien tout ensemble, connaisse mieux que nous la machine en question dans l'application de cette machine au corps humain, cela nous paraît peu vraisemblable.

M. Mayor, nous sommes, à regret, forcé de le répéter, écrit avec une grande précipitation, ce qui exclut, à moins d'un véritable génie, la saine coordination des idées. Aussi lui ar-

rive-t-il d'entremêler les siennes d'une manière fatigante pour quiconque veut les discerner et les suivre dans leur développement. Les idées doivent se prêter un appui mutuel et découler l'une de l'autre, conséquemment être chacune à sa place. Hors de cette condition, le spectacle de la pensée humaine, qui pourrait atteindre au sublime, devient déplorable et ridicule. Non-seulement M. Mayor entremêle ses idées, il se contredit ; on va en voir un exemple frappant. Plus haut, il a circonscrit la chirurgie dans les applications mécaniques, et rabaissé le rôle du chirurgien à celui d'un manœuvre. Dans ce qui suit, il confirme cette opinion. Nous verrons plus loin.

« Il y a eu de tout temps, poursuit M. Mayor, il existe encore, et on subira toujours tant de déceptions en médecine, par l'effet de systèmes aussi brillans que mensongers, que les médecins, et *par conséquent* leurs *confrères* les chirurgiens, ne sauraient assez se mettre en garde contre leurs premières impressions. Ils n'ont que trop appris, à leur dam et aux dépens de l'humanité, à se défier de ces dernières, aussi long-temps que l'*observation* et l'EXPÉRIENCE n'ont pas prononcé, *péremptoirement*, *catégoriquement*, *un très grand nombre de fois*, *et dans les circonstances les plus diverses*. (Comme on voit, M. Mayor fait une grande consommation de lettres italiques. Cela indiquerait pourtant qu'il a grande envie d'être compris.)

« C'est sous le coup de cette préoccupation que les chirurgiens se posent vis-à-vis de tout moyen thérapeutique nouveau, qu'il soit ou non calqué sur les lois des sciences exactes. Ils se conduisent précisément comme s'il s'agissait de l'effet d'une médication ou d'un médicament quelconque, du ressort exclusif de la médecine, qu'on s'évertuerait à

prôner et à mettre en vogue, mais sur le compte desquels l'expérience et l'observation auraient encore à prononcer.

« Ils ne craindront pas de mettre sur la même ligne l'effet médical probable du mercure et de l'iode, et le résultat chirurgical, précis et bien déterminé, du levier et de la scie, comme s'il pouvait exister le moindre rapport entre le mode d'agir de l'une et de l'autre de ces deux catégories de moyens divers, comme s'il n'y avait pas, par exemple, un abîme infranchissable entre l'opération du génie qui démêle et saisit l'indication ardue des saignées *coup sur coup*, et la main qui est chargée de faire ces faciles et mécaniques opérations. »

Voilà qui est évident, vous écriez-vous; la médecine c'est la science, la tête ; la chirurgie, c'est l'art, la main ; l'une observe, compare, déduit ; l'autre agit. On sait ce que nous pensons de cette manière de voir, et on a vu plus haut comment nous entendions les rapports de la médecine et de la chirurgie. Mais, enfin, il y a là quelque chose de précis, et du moins on peut croire que M. Mayor est bien sûr de ce qu'il veut dire. Hélas ! M. Mayor ne reste pas long-temps à la même place. On en jugera par ce passage, qui se trouve à une page de distance du précédent :

« N'oublions pas, toutefois, que la chirurgie n'est qu'un des élémens de l'art de guérir ; qu'elle a besoin, ainsi qu'il a été dit au sujet de la saignée, d'être sans cesse guidée par la médecine, et que c'est de celle-ci qu'elle doit constamment recevoir l'impulsion et le mot d'ordre. Pour tous ses procédés que la main soit seule ou réunie à quelque instrument, il s'agit presque toujours, en effet, de résoudre les questions souvent délicates de nécessité et d'opportunité opératoires, de probabilité de succès, de possibilité d'exé-

cution, ainsi que celles relatives au régime à suivre, au traitement préliminaire et consécutif à employer et aux soins divers que réclament les complications préexistantes, concomitantes ou accidentelles.

« Ce sont là tout autant d'indications que la médecine a à remplir, avant, pendant et après la plupart des procédés opératoires. Le chirurgien n'y donne malheureusement pas toujours toute l'attention qu'elles méritent, et cependant il les envisage comme étant *tout-à-fait* de son ressort.

« Or, ces impiètemens journaliers sur le domaine évidemment et exclusivement *médical* de la science, et qui n'auraient pas lieu si la chirurgie était envisagée comme un art à part et distinct ; ces contre-sens, dis-je, en ont imposé et en imposent encore au sujet de la compétence réelle des opérateurs, sur la nature et l'étendue de leur mission et sur les droits qu'ils croient avoir de s'immiscer dans les attributions des médecins. »

Jusqu'ici, à part ce membre de phrase : — Le chirurgien n'y donne malheureusement pas toujours toute l'attention qu'elles méritent— qui jure à bon droit de se trouver là, jusqu'ici, disons-nous, l'auteur ne se contredit pas, et il pense encore que le chirurgien, l'opérateur, sort de ses limites naturelles quand il se préoccupe des indications, et du traitement ultérieur. Mais la contradiction n'est que différée, et la voici qui arrive :

« Cette confusion entre les deux branches principales de l'arbre de la science doit faire place tôt ou tard à l'ordre et à l'harmonie entre elles ; car en continuant à s'enlacer et à se soutenir mutuellement, elles se développeront désormais avec un principe vital particulier ; elles seront cultivées à part, et elles porteront des fruits tous spéciaux.

« Il suit donc de là, qu'à moins de se faire accompagner sans cesse par un habile médecin, ou de se résigner à figurer toujours en sous-ordre, comme les pharmaciens, les infirmiers et les garde-malades, ainsi qu'on l'entendait au bon vieux temps, le chirurgien doit nécessairement posséder les connaissances médicales les plus étendues, et prendre rang parmi les médecins éclairés et instruits. »

Voilà une conclusion que le lecteur était assurément loin de prévoir. D'une part, l'opérateur se mêle de ce qui ne le regarde pas, il *empiète*, quand il se préoccupe des indications, du traitement consécutif, en un mot de tout ce qui constitue aujourd'hui la partie médicale de la chirurgie ; et de l'autre, il doit être un médecin *éclairé et instruit* ; d'une part, il doit y avoir deux sciences distinctes, ou plutôt une science et un art; de l'autre, l'art doit, non pas s'absorber dans la science, mais absorber la science : la partie doit absorber le tout.

M. Mayor continue :

« Ceux-ci (les médecins), au rebours (et l'expérience de tous les jours l'atteste), peuvent très bien exercer leur belle profession alors même qu'ils n'auront pas l'habitude des opérations et des pansemens ; mais ils devront convenir qu'il leur manquera tout un ordre de moyens thérapeutiques, et qu'ils seront trop souvent dans le cas de s'étayer de l'avis du chirurgien, de recourir à sa coopération, et d'être pour ainsi dire à sa merci. »

Ce nous est un grand plaisir de pouvoir donner une fois raison à M. Mayor. Etant admis, selon notre point de vue, qu'il n'y a qu'une médecine, et que les médecins diffèrent entre eux seulement parce que les uns ont l'habitude des applications manuelles et mécaniques, tandis que les autres

sont inaptes à la pratique des opérations, l'avantage sera pour les premiers, qui seront seuls complets, et mériteront le nom de médecins-opérateurs.

Et remarquez bien que ce n'est pas une utopie que nous faisons. C'est ainsi que la raison universitaire comprend la médecine et la chirurgie ; nous ne sachons pas qu'il y ait pour le grade de docteur deux sortes d'actes probatoires.

Mais, dira-t-on, il y a deux sortes d'enseignemens dans les facultés : l'enseignement de la médecine et celui de la chirurgie ; donc il y a deux sciences, et la raison universitaire sépare d'un côté ce qu'elle réunit de l'autre ; ce serait une erreur grave que de raisonner ainsi : non, il n'y a pas deux enseignemens ; il n'y a qu'un enseignement, celui de la médecine ; seulement celle-ci est si vaste, qu'il a bien fallu créer des divisions, et un nombre de chaires correspondant à ces divisions. Il y a un professeur de pathologie externe, comme il y a un professeur de pathologie générale, et un professeur de médecine opératoire, comme il y a un professeur de matière médicale. La pathologie externe, la pathologie générale, la médecine opératoire, la matière médicale ne sont pas des sciences à part, ce sont des branches d'une même science, et leur enseignement particulier rentre dans l'enseignement général. Comprendre la chose différemment, ce serait se rajeunir d'au moins un siècle, seul cas peut-être où le rajeunissement ne serait pas un avantage. L'homme qui tenterait aujourd'hui la séparation de la chirurgie et de la médecine, ou plutôt de rompre l'inféodation, à titre de moyen, de celle-là à celle-ci, serait la personnification de l'anachronisme.

Nous avons mis dans cet article une certaine vivacité ; mais nous espérons qu'elle nous sera pardonnée en raison

du sujet, qui assurément comportait quelque passion. La science, telle qu'elle est aujourd'hui, a eu assez de peine à se faire, pour que l'on s'irrite de voir des hommes distingués s'essayer à détruire l'œuvre pénible du temps, alors même que ces iconoclastes d'une nouvelle espèce frappent à faux, et ne savent pas au fond ce qu'ils veulent.

Il y a, dans le livre de M. Mayor, la partie spéciale ou d'application, et la question de principes. La première sera lue avec intérêt, avec profit. La seconde, en ce qui touche les points qui viennent d'être examinés, devait encourir toute la sévérité de la critique.

DISCOURS PRONONCÉ SUR LA TOMBE DU PROFESSEUR SANSON,

Par M. Bégin.

Messieurs,

La société, les sciences et l'instruction viennent de faire une perte qui sera long-temps et vivement sentie. Jamais on n'a pu dire avec plus de vérité qu'il n'est permis de le faire autour de cette tombe, que la mort d'un homme de bien est une calamité publique.

Appelé à rendre un dernier et pieux devoir à l'ami de près de trente années, au compagnon, au collaborateur, je réclame toute votre indulgence; mon cœur est trop plein, mon émotion trop profonde, pour que je puisse retracer dignement les qualités de l'esprit et de l'âme qui distinguaient et rendent à jamais regrettable celui que nous pleurons.

Louis-Joseph Sanson est né à Paris le 24 janvier 1790. Dans sa jeunesse, il annonça de singulières dispositions pour le métier des armes; il aimait avec prédilection les jeux qui retracent la guerre et les combats entre enfans, dans lesquels son intrépidité et sa force musculaire assez marquée lui assuraient ordinairement l'avantage. Peut-être ne dut-il la direction qu'il prit vers les études chirurgicales qu'à l'influence de sa digne mère, sage-femme d'une instruction solide, d'un sens exquis, d'une remarquable habi-

leté pratique. Son père pensa de bonne heure qu'à défaut de fortune, il devait laisser à ses enfans une éducation libérale, à l'aide de laquelle ils pussent se créer dans la société une existence honorable.

En 1798, alors que, parmi nous, la tourmente intérieure se calmait et que le culte des lettres commençait à renaître, le jeune Sanson fut placé dans une école dont le maître apprenait aux enfans à lire, à écrire et l'orthographe; école bien faible, si l'on en juge par l'enseigne qui annonçait son existence, et où se trouvait une des fautes les plus grossières de la langue, que Sanson se plaisait souvent à citer. Plus tard, il aborda l'étude des langues anciennes; et, en l'an XIII, il produisit, pour obtenir l'autorisation de suivre les cours de chirurgie, un certificat constatant qu'il avait fait ses humanités pendant trois ans.

Cette instruction littéraire, si imparfaite, lorsqu'on la compare à celle que reçoit actuellement la jeunesse, laissa dans l'esprit de Sanson des germes qu'il ne cessa de cultiver. Devenu étudiant, déjà distingué par son savoir, et même professeur à son tour, il reprit les auteurs classiques, les traduisit à force d'opiniâtreté, et se familiarisa enfin avec la plupart d'entre eux. Il refit ainsi, du moins en grande partie, sa première éducation, et il y réussit assez bien pour que, à l'époque où l'on prescrivit la rédaction et la soutenance des thèses pour l'agrégation en latin, il ait pu trouver place parmi le petit nombre des candidats à-peu-près irréprochables, et éviter les monstruosités de langage qui firent bientôt révoquer la disposition qui les produisait.

Richerand, alors chirurgien-major de la garde de Paris, se chargea d'aplanir pour le jeune Sanson, qui lui avait été recommandé, les difficultés qui entravent si souvent les premiers débuts, dans l'étude toute spéciale et si pénible de la médecine. Il l'adressa à Dupuytren, chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu, et qui jetait déjà, par son enseignement particulier, les fondemens de l'immense réputation qu'il devait acquérir. Dupuytren admit Sanson dans son service, se l'attacha comme élève libre, le distingua bientôt, et l'encouragea en le dirigeant. Pendant ce premier noviciat, le jeune débutant se lia avec Marandel, trop tôt enlevé à la science, et l'aida dans la préparation des cours d'anatomie et d'anatomie pathologique que professait Dupuytren avec tant d'éclat, et qui attiraient, non-seulement la foule des étudians, mais beaucoup de jeunes praticiens, dans le petit amphythéâtre, si sombre et si délabré de l'Hôtel-Dieu.

En 1805, Sanson fut nommé, par la voie du concours, externe dans les

hôpitaux, et resta près du maitre à qui sa présence commençait à devenir nécessaire, car, pendant cet externat, il remplaça Marandel, et fut chargé seul des fonctions de prosecteur. En 1807, il obtint, toujours par le concours, la position d'interne, et continua ses relations avec Dupuytren, qui, l'appréciant de plus en plus, le constitua son aide de prédilection dans la pratique des opérations à l'hôpital, et dans sa clientelle particulière.

Cependant, l'âge où il fallait payer à la conscription une dette, à cette époque rigoureusement exigée, s'approchait. Sanson, chez qui la passion de la chirurgie était devenue indestructible, et que faisaient remarquer une maturité précoce, une application infatigable, désirait vivement ne pas abandonner une carrière si laborieusement ébauchée, et au bout de laquelle il pouvait déjà entrevoir de brillans résultats. Bichat, Richerand, Dupuytren lui-même, n'étaient-ils pas là d'ailleurs, pour soutenir ses espérances, pour exciter son ambition? N'ayant pas de motifs valables d'exemption, Sanson fut admis, par une faveur spéciale, comme soldat dans la garde de Paris; et la constitution de ce corps le rendant susceptible à chaque instant d'être appelé à l'armée active, il sollicita, dès 1811, un emploi de chirurgien militaire, qu'il n'obtint toutefois qu'à la fin de 1812. Pendant ce temps il conciliait avec les exigences, allégées, il est vrai, pour lui, du service militaire, ses devoirs à l'Hôtel-Dieu, ses travaux comme prosecteur, ses occupations résultant de l'assistance qu'il prêtait à Dupuytren dans sa pratique en ville. Il suffisait à tout, son activité semblait inépuisable, les plaisirs de son âge lui étaient étrangers; et telle était la confiance qu'il inspirait, que nous le voyons aider efficacement Dupuytren dans la rédaction et l'impression de sa thèse, lors du concours mémorable qui lui valut la chaire de Sabatier.

Attaché d'abord, comme chirurgien sous-aide, à l'hôpital du Gros-Caillou, Sanson reçut, en février 1813, l'ordre de rejoindre, à la grande armée, les ambulances de la garde impériale. Il fit partie de cette armée nouvelle, organisée comme par enchantement en quelques mois, et dont les premières victoires vengèrent si bien les désastres de la campagne précédente, mais sans ramener la fortune, qui devait nous rester contraire. Il arrivait avec Boisseau et Ducamp, dont les écrits et les travaux ont laissé de si beaux souvenirs, dans une ambulance qui comptait parmi ses membres Zinck, Blaquière, Emery, Desruelles, et surtout Jourdan, que je nomme au risque d'offenser sa modestie, et qui tous, de même que nos chefs, le vénérable baron Larrey, et l'excellent et brusque Paulet, sont restés les amis dévoués de Sanson. Ma première rencontre avec ce dernier eut lieu la veille de la bataille de Lutzen,

et, depuis, nous avons passé ensemble bien des jours d'espérances rapidement déçues, d'illusions bientôt détrompées, de fatigues, de chagrins, de projets et de travaux. Nous avons assisté, jeunes, actifs, sensibles seulement aux infortunes publiques, à la fin de ces luttes gigantesques qui se terminèrent à Waterloo.

Licencié une première fois en 1814, Sanson, non plus parce qu'il devait nécessairement servir, mais par entraînement, par suite de l'impulsion qui le rappelait sous le drapeau national, reprit en 1815 son rang dans l'ambulance de la garde. Il voyait à l'avance des blessés à secourir, du sang à étancher, et voulait, au milieu de la lutte qui se préparait, payer sa dette, en s'efforçant de soulager et de conserver les braves que le danger commun poussait à la frontière. Après Waterloo, il n'hésita pas à laisser à Paris ses vieux parens et une jeune sœur, pour suivre, au risque de tout ce qui pourrait arriver à lui et aux siens, jusque derrière la Loire, les débris de nos armées. Il partagea la réprobation dont une fureur réactionnaire s'efforçait de les frapper, et, licencié une seconde fois, après avoir jusqu'au bout rempli sa tâche, il quitta définitivement le service militaire, qui s'enorgueillira toujours de l'avoir compté parmi ses membres.

Sorti de la première école chirurgicale de Paris, ayant l'aplomb que peut donner l'instruction la plus profonde, et déjà nourri par l'expérience, Sanson réunissait la plupart des qualités qui doivent distinguer le chirurgien exerçant dans les armées. Il était robuste, hardi, d'un moral fortement trempé, inventif, habile à tirer parti de tout pour confectionner les appareils et remplir les indications que présentent les blessures les plus graves. Aussi jouit-il bientôt, parmi ses camarades et ses chefs, d'une considération au-dessus de son grade; et, lorsque le général Tendal, qui fut depuis ministre de la guerre en Hollande, ayant été grièvement blessé, dut être évacué pour la France, on crut, avec raison, ne pouvoir mieux faire que de choisir Sanson pour l'accompagner.

Rentré dans la vie civile, notre ami reprit le cours de ses travaux et de l'enseignement de l'anatomie, auquel il s'était déjà livré avant son départ. En 1817, il soutint pour le doctorat en chirurgie une thèse sur la taille recto-vésicale, qui le plaça, de prime abord, parmi les maîtres de l'art. Ce mémoire, écrit avec une clarté et une précision également remarquables, fut traduit dans presque toutes les langues; et telles étaient la variété des considérations anatomiques, physiologiques et pathologiques que Sanson invoquait, la puissance logique des conséquences qu'il en avait su tirer, qu'on le vit, tout

jeune et inconnu encore qu'il était, sans pouvoir citer un exemple de succès qui lui fût propre, exercer assez d'autorité sur les praticiens les plus habiles pour les porter à exécuter ce qu'il avait conçu, et pour faire admettre une méthode nouvelle dans une opération où toutes les méthodes semblaient épuisées.

Depuis lors, la vie de Sanson fut tout entière une vie de travail et de concours. En 1823, il fut nommé, par concours, chirurgien du bureau central; en 1825, il passa chirurgien en second à l'Hôtel-Dieu; en 1830, le concours le fit agrégé en chirurgie à la Faculté de médecine de Paris; en 1832, la décoration de la Légion-d'Honneur, pour laquelle il avait été proposé en 1814, récompensa ses services anciens et ses efforts plus récents; en 1833, l'Académie royale de médecine lui ouvrit ses portes; en 1834, il reçut le titre de chirurgien consultant du roi; enfin, après trois concours infructueux, mais qui tous l'avaient grandi dans l'opinion publique, il obtint la chaire laissée vacante par la mort de Dupuytren, et devint, en 1838, professeur de clinique chirurgicale.

Il n'a manqué à Sanson qu'une existence plus prolongée pour laisser dans l'histoire de la chirurgie une de ces renommées qui traversent les siècles, et grandissent par l'éloignement.

De taille moyenne et bien proportionnée, il avait une tête des plus remarquables. Son visage, d'un ovale régulier, son nez assez long, mince et légèrement recourbé, son regard pénétrant, ses masseters fortement accusés, son front haut et dégarni de cheveux, constituaient un ensemble qui, dès l'abord, annonçait l'intelligence, la fermeté et l'énergie. Sa parole, toujours grave et réfléchie, sa voix sonore et assez vibrante, donnaient à ses discours une expression qui ajoutait singulièrement à la puissance de sa pensée. Tout en lui portait une empreinte saisissante d'austérité, de droiture, de respect de soi-même, de haute estime pour sa profession, de volonté opiniâtre que rien ne peut lasser. Il avait long-temps souffert, long-temps lutté corps à corps avec le besoin; l'intrigue et l'injustice avaient maintes fois multiplié devant lui les obstacles et arrêté sa marche. Les mécomptes, les déceptions, le dédain de ses titres si laborieusement acquis, le trouvaient plus sensibles que ne l'indiquait le stoïcisme de ses manières; aussi son caractère contracta-t-il graduellement une susceptibilité rigide, qui lui rendait insupportable tout ce qui s'écartait des principes d'extrême délicatesse qu'il s'était imposés. Mais il rachetait ce que son humeur avait d'intraitable, et sa parole de sévère sous ce rapport, par tant d'honnêteté, de bienveillance réelle, et une absence si complète de sentimens de haine ou d'envie, que lorsque l'on avait

traversé l'enveloppe assez froide dont sa réserve l'entourait, il était impossible de ne pas l'aimer et lui vouer un attachement durable.

Sanson fut incontestablement un des élèves les plus habiles du grand praticien dont nous déplorons encore la perte, et qui lui légua la continuation de l'ouvrage inachevé auquel il attachait le plus de prix. Plusieurs des qualités de Dupuytren se retrouvaient dans son talent. Il observait avec une minutieuse exactitude; son coup-d'œil était plus sûr que rapide; sa logique, toujours rigoureuse, le conduisait à des jugemens d'une admirable sagacité. Pendant le dernier voyage que fit à Paris sir Astley Cooper, et durant une de ses visites à Dupuytren, un cas obscur de lésion de la colonne vertébrale et de la hanche s'étant présenté, Sanson fut appelé en tiers entre ces deux grands maîtres, et invité à jeter dans la balance le poids de son diagnostic. Tout était rationnel dans sa pratique; il n'accorda jamais rien à l'imprévu ni au hasard. S'il n'enrichit pas la science de beaucoup de découvertes, il jugeait avec un sens exquis de ce qu'il y avait de bon et de praticable dans les inventions des autres. Comme opérateur, il avait la prudence, le sang-froid, la sûreté d'action de Dupuytren; il était plus réservé qu'entreprenant, et son esprit éminemment positif, repoussait avec antipathie tout ce qui paraissait incertain ou aventureux.

Ces caractères imprimaient à son enseignement dogmatique, et surtout à sa clinique, un cachet de haute raison et de bonne foi qui le faisaient suivre avec empressement par les esprits graves et consciencieux. On les retrouve dans ses écrits, parmi lesquels je citerai les *Additions* à l'ouvrage de Sabatier, les *Nouveaux élémens de pathologie médico-chirurgicale* en collaboration avec M. Roche, une grande partie du *Mémoire sur l'opération de la taille* par Dupuytren, un grand nombre de monographies sous la forme d'articles, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, et plusieurs mémoires insérés dans divers recueils, ainsi qu'un travail fort important et inédit sur les hernies. Partout brillent dans ces ouvrages la clarté, la rectitude, la sobriété dans les détails, l'absence d'ornemens étrangers, l'enchaînement logique et rapide des faits jusqu'à la conclusion finale.

Avec de si éminentes qualités du cœur et de l'esprit, Sanson ne pouvait manquer de conquérir enfin la position que lui assignaient ses talens et son caractère. La plupart de ses collègues étaient devenus ses amis, et la plus grande considération, je dirai presque une vénération universelle l'entourait. La sûreté de ses relations, et surtout la confiance qu'inspirait son jugement, lui attiraient de nombreuses consultations; sa réputation faisait de rapides pro-

grès, et il entrevoyait enfin l'aisance et le bonheur. Marié jeune, à une compagne douce, modeste, dévouée, qui avait partagé ses mauvais jours et adouci leur amertume, il semblait n'avoir plus qu'à parcourir une route facile, lorsque la maladie le saisit. Atteint, vers 1833, d'une affection des voies urinaires, contre laquelle les secours de l'art semblèrent d'abord devoir être efficaces, il fut opéré d'un calcul vésical par la méthode du broiement, et soumi à plusieurs cautérisations. Mais le mal s'aggrava; une lésion de la moelle épinière vint graduellement le compliquer, et la paralysie des membres inférieurs s'ensuivit. Pendant plus d'une année, il se vit s'éteindre par degrés, en proie souvent à d'horribles douleurs, et connaissant parfaitement la gravité irremédiable de sa position. Avec quelle résignation, quelle bonté, quelle abnégation de lui-même, quelle sollicitude pour son excellente femme et les amis fidèles qui l'entouraient, il supporta toutes les phases de cette longue agonie! Combien de fois ne nous dit-il pas que, sans sa femme, à qui sa présence était si nécessaire, il solliciterait comme un grand bienfait la cessation de tant de souffrances! Mais telle était la force de sa volonté, que, s'isolant en quelque sorte de la maladie, il recevait encore des malades et donna des consultations presque jusqu'au dernier jour. Cette bonté, cette sollicitude hâtèrent même la catastrophe que nous redoutions. Un dernier échec, éprouvé par son frère, contre toutes les espérances qu'il avait conçues, lui occasiona une secousse tellement intense, qu'à l'instant même de nouveaux accidens se manifestèrent, que ses facultés intellectuelles s'obscurcirent, et que la faiblesse avant-coureur de la mort fit de rapides progrès. Il cessa de vivre le 1er août, à onze heures du soir.

En présence de cette fin prématurée, si manifestement liée à l'excès prolongé du travail, à l'exercice incessant des facultés les plus nobles, aux anxiétés inséparables de la pratique des grandes opérations chirurgicales, comment ne pas déplorer cette destinée commune à tant d'hommes de talent, qui succombent épuisés, à l'instant où ils atteignent au but et semblent saisir le bonheur? Sanson n'a eu que les faibles prémices de la fortune; il laisse dans le cœur de ses amis un souvenir ineffaçable; il emporte le respect de tous ceux qui l'ont connu, et les regrets des élèves, justes appréciateurs des caractères véritablement honorables et grands. Il est à désirer qu'un témoignage public d'estime lui assure à jamais la place qu'il occupe auprès du maître dont il était devenu l'émule, afin que ce rapprochement permette de les présenter tous deux en exemple aux générations futures, comme un rare assemblage du génie chirurgical le plus éminent de cette époque, et d'un des hommes les plus vertueux de tous les temps.

REVUE CHIRURGICALE.

Luxations du poignet (1)

M. Scoutetten a fait dernièrement à l'Académie royale de médecine une communication qui a soulevé une discussion intéressante, relativement à l'existence si controversée de la luxation du poignet.

« La doctrine des luxations du poignet, a dit M. Scoutetten, a subi de nombreuses oscillations qu'il est important de rappeler rapidement.

« Hippocrate admettait quatre espèces de luxations, la première en avant, la deuxième en arrière et les deux autres latérales. Celse et Galien acceptèrent complètement cette division qui fut invariablement admise et présentée jusqu'à Scultet qui retrancha, comme impossibles, les deux luxations latérales. Platner et Callisen refusèrent d'admettre l'existence de la luxation du côté du pouce. J.-L. Petit rétablit la possibilité des quatre luxations du poignet, laquelle fut de nouveau attaquée par Duverney, qui croyait les luxations latérales impossibles, ou plutôt il les admettait théoriquement et à regret, les croyant toujours incomplètes et accompagnées d'accidens si graves qu'ils devaient seuls attirer toute l'attention des chirurgiens.

« B. Bell établit contre la doctrine de ses devanciers que la luxation du carpe en arrière était la plus fréquente.

« Bertrandi soutint que les luxations latérales ne pouvaient avoir lieu sans fracture du radius ou du cubitus. Gouteau,

(1) Bull. de l'Académie royale de médecine.

dans un mémoire spécial sur les fractures de l'avant-bras, par suite de chutes, le premier travail original sur cette matière, écrivit ces lignes remarquables : ces fractures sont le plus souvent prises pour des entorses, pour des luxations incomplètes, ou pour un écartement du cubitus et du radius à leur jonction vers le poignet.

« L'expérience de Desault lui fit confirmer la même vérité, et il publia plusieurs cas de fracture de la partie inférieure de l'avant-bras, en avertissant que les accidens de ce genre avaient été pris quelquefois, par des chirurgiens peu attentifs, pour des luxations radio-cubitales.

« Malgré ces avertissemens, l'ancienne doctrine était acceptée et soutenue par les meilleurs écrivains modernes, Léveillé, Monteggia, Richerand, Boyer, Delpech, Samuel Cooper, etc (1).

« La science en était là lorsque Dupuytren, après de nombreuses recherches, proclama que tous ses devanciers s'étaient trompés ; que, non-seulement les luxations radio-carpiennes n'étaient pas une affection fréquente, comme on paraissait l'admettre, mais qu'elles n'existaient pas et qu'on n'en avait jamais observé aucun exemple. »

L'auteur de la communication ajoute qu'effectivement, pendant la vie de Dupuytren, aucun cas de luxation du poignet ne put être opposé à la négation absolue de l'illustre professeur de l'Hôtel-Dieu ; il rappelle le travail de M. Goyrand sur ce sujet (*Mémoire sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius qui simulent les luxations du poignet* (*Gazette médicale*, 13 octobre 1832), et donne des éloges mérités à celui de M. Malgaigne (*Mémoire sur*

(1) Voyez le mémoire de M. Malgaigne. *Gaz. Méd.* 1832.

les luxations du poignet et sur les fractures qui les simulent (*Gazette médicale*, 3 novembre 1832).

Après avoir mentionné le cas de M. Marjolin fils (*Thèse inaugurale*, 1839), et celui de M. Voillemier (*Archives générales de Médecine*, décembre 1839), M. Scoutetten rapporte celui qui fait l'objet de sa communication, et que nous croyons utile de transcrire en entier.

Madame Bernanose, femme de petite stature et de constitution délicate, âgée de 22 ans, née à Lyon, fit à l'âge de 16 ans une chute qui détermina la luxation des os du poignet: un ensemble remarquable de circonstances produisit cet accident: cette jeune femme travaillait à la soie, lorsqu'elle eut tout-à-coup, dans un moment de distraction, la main prise par un écheveau enroulé sur une machine; la douleur et la crainte déterminent aussitôt des mouvemens brusques et violens; le tronc s'affaisse et tombe en faisant un mouvement en avant, pendant que la main reste immobile et fixée contre la machine; la main était à peine débarrassée de ses entraves, qu'il se manifesta au poignet et à toute la main un gonflement considérable. Le médecin qui fut appelé ne s'occupa que des accidens inflammatoires; il appliqua de nombreuses sangsues, et il eut recours à tous les moyens antiphlogistiques usités; la douleur et le gonflement persistèrent avec opiniâtreté; enfin, après un mois de souffrance, un abcès se fit jour vers la région inférieure et antérieure du cubitus; plus tard, il en survint un second, plus petit que le premier; il s'ouvrit vers la face dorsale de la main, au-dessous de l'apophyse styloïde du radius.

Ces abcès suppurèrent fort long-temps; enfin les tissus se dégorgèrent; la cicatrisation s'opéra, et un an après l'accident, tous les phénomènes primitifs et consécutifs de l'inflammation avaient disparu.

Ce n'est qu'à cette époque que le médecin reconnut exactement la difformité du poignet, et qu'il en soupçonna la cause.

Il fit quelques tentatives, mal dirigées à ce qu'assure la malade, pour réduire la luxation; les douleurs se renouvelèrent avec acuité, la malade s'opposa à de nouveaux essais, et toute pensée de traitement fut abandonnée.

A cette époque il y avait immobilité complète du poignet, et gêne très grande dans les mouvemens des doigts, mouvemens d'ailleurs fort bornés. Le malade fit usage pendant long-temps, de bains locaux émolliens, préparés

avec de l'eau de mauve ou de l'eau gélatineuse; plus tard elle prit des bains de sang de bœuf qui la soulagèrent beaucoup.

Voici maintenant l'état des parties luxées : les os du carpe ont glissé sur la partie antérieure de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus; ce déplacement a une direction oblique de bas en haut, et de dehors en dedans; il en résulte que les os du carpe couvrent plus l'extrémité inférieure du cubitus que celle du radius; de là l'obliquité de la main qui est déjetée en dedans; les tendons fléchisseurs, soulevés par les os du carpe, se sont rassemblés sur la portée médiane de l'avant-bras, et y forment comme une grosse corde qui s'isole de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus.

La partie postérieure est remarquable par la saillie sous-cutanée du radius et du cubitus, et par l'affaissement subit des parties molles; signes complètement caractéristiques de cette difformité qu'on est convenu d'appeler coup de hache.

Les tendons extenseurs descendent obliquement vers les os du métacarpe qu'ils atteignent vers leur tiers supérieur.

Il faut ici faire remarquer la conformation parfaitement régulière du radius et du cubitus; il n'existe aucune trace de fracture de l'un ou de l'autre os, l'apohpyse styloïde du radius est distincte et parfaitement isolée, elle descend plus bas que celle du cubitus et conserve avec elle les rapports anatomiques les plus rigoureux.

Les tégumens présentent à la partie interne de l'avant-bras une cicatrice profonde et adhérente, suite de l'ouverture de l'abcès survenu après l'accident.

Malgré cette difformité et le déplacement des parties, les mouvemens de flexion ou d'extension sont bien revenus; le poignet se meut et se fléchit en avant; mais il est arrêté dans ses mouvemens de flexion en arrière par la résistance que leur opposent les os de l'avant-bras (M. Scoutetten a présenté à l'appui de cette observation le moule en plâtre de la partie malade; ce moule sera déposé au musée Dupuytren).

Telle est l'observation sur laquelle l'Académie a discuté. — M. Blandin, le premier, a fait observer que Dupuytren n'avait pas nié la possibilité absolue des luxations du poignet, et qu'il s'était borné à les nier dans les circonstances où se produisent les fractures indirectes du radius, c'est-à-dire

dans les chutes sur la main. D'après ce professeur, dans le cas de M. Scoutetten, on est conduit à reconnaître que la luxation a été consécutive aux accidens inflammatoires dont l'articulation a été le siège. — M. Velpeau fait remarquer que la main affecte une position contraire à celle qu'elle devrait présenter s'il y avait eu luxation; il pense qu'il y a eu fracture de l'extrémité inférieure du radius et déplacement consécutif. D'après lui, enfin, et nous nous rangeons à cette opinion, dans le cas de MM. Voillemier et Marjolin fils, la luxation s'est accompagnée d'accidens tels que l'on ne saurait opposer ces deux faits à l'opinion de Dupuytren, dans les termes où elle est conçue. — M. Bégin rappelle, conformément à l'idée émise par M. Blandin, que Dupuytren était si loin de nier d'une manière absolue la possibilité des luxations du poignet, qu'il montra, dans un de ses cours, un ouvrier atteint de cette luxation, et qui la reduisait lui-même; le déplacement s'était produit lentement, sous l'influence d'un relâchement progressif des muscles. —M. Bouvier trouve que la pièce moulée offre les caractères d'une main-botte ou d'une subluxation, produite par une rétraction musculaire. — M. Bérard reproduit l'idée que dans tous les cas, l'accident ne s'est pas effectué dans les circonstances indiquées par Dupuytren, dont en conséquence l'opinion n'est pas infirmée. — M. Gerdy admet l'existence de la luxation; seulement il a des doutes sur l'époque de sa production et la manière dont elle s'est effectuée.

Ce débat nous semble pouvoir être ramené aux conclusions suivantes :

1° Il existe une luxation du poignet dans le cas indiqué par M. Scoutetten. L'examen minutieux du membre par ce chirurgien, et les détails dans lesquels il est entré à ce sujet,

nous empêchent d'adopter l'opinion de M. Velpeau sur l'existence d'une fracture du radius.

2° Cette luxation ne s'est pas opérée dans les circonstances indiquées par Dupuytren, conséquemment la doctrine émise par ce grand chirurgien ne s'en trouve pas infirmée.

3° Il est probable que la luxation n'a pas eu lieu primitivement, et qu'elle a été le résultat de l'inflammation et et de la suppuration articulaires.

4° Le fait de M. Scoutetten est intéressant, mais cet habile chirurgien n'ayant pu observer la malade que fort longtemps après l'accident, ce fait, par cela même incomplet et équivoque, ne peut servir à établir aucun point de doctrine.

Observation d'ostéo-malaxie partielle qui a déterminé la flexion du tibia et du péroné à angle aigu, et a déjeté le pied en dehors. (1)

L'observation suivante, communiquée également à l'Académie par M. Scoutetten, nous paraît digne d'être reproduite.

« Parisot Nicolas, âgé de 25 ans, né à Faive, village du département de a Moselle, tailleur d'habits, s'est toujours bien porté; il est d'une constitution robuste et n'a jamais été malade.

« Vers l'âge de 18 ans, il a ressenti quelques douleurs rhumatismales dans la jambe droite; leur siège variait; elles parurent enfin vouloir se fixer au tiers inférieur de la jambe; elles persistèrent durant dix mois; les tissus ne présentaient ni rougeur, ni gonflement. Le médecin appelé pour combattre ces accidens, ne découvrant aucune cause spéciale, se borna à employer le traitement antiphlogistique; il fit appliquer, successivement, plus de deux cents sangsues; il ordonna des cataplasmes de farine de graines de lin anodinés; plus tard, ils furent remplacés par des compresses trempées dans de l'eau végéto-minérale. Le traitement parut n'exercer aucune influence sur la marche de la maladie; les douleurs diminuèrent lentement; enfin, elles disparurent; mais alors un accident nouveau se présenta; le tibia et le péroné

(1) *Bulletin de l'Académie royale de Médecine.*

commencèrent à se courber à leur tiers inférieur ; peu-à-peu le pied fut déjeté en dehors ; enfin, il arriva à former un angle droit avec la jambe ; il fallut un an pour compléter cette énorme difformité.

« Cette période de la maladie étant accomplie, le phosphate calcaire, à ce qu'il paraît, revint donner de la solidité aux os, et le membre resta définitivement fixé dans la forme vicieuse qu'il avait prise.

« Maintenant cet homme marche très bien, il fait facilement sept et huit lieues par jour, il se livre à l'exercice de la danse, et il n'éprouve jamais de douleur quelles que soient les variations atmosphériques.

« Lorsque le hasard me fit rencontrer cet homme, je crus d'abord à l'existence d'un énorme pied-bot, en dehors ; mais un examen attentif me fit bientôt reconnaître que l'articulation tibio-tarsienne est intacte, et que le pied n'a éprouvé aucune difformité.

« Par le fait de la marche, il s'est formé, sur la malléole interne, sur le côté interne du talon et sur plusieurs parties du pied, des calus qui amortissent la pression produite par le poids du corps ; cependant le malade ajoute encore des coussins recouverts de cuir, dans le but de protéger ces parties.

« A quelle cause, se demande en terminant M. Scoutetten, peut-on attribuer cet exemple singulier de ramollissement partiel de l'os, et la solidification spontanée de ce tissu ?

« Je l'ignore ; car, dans cette circonstance, on ne peut attribuer cet accident ni au rachitisme, ni aux scrofules, ni au développement d'un tubercule osseux. »

Cure radicale du spina-bifida, au moyen d'une nouvelle opération ;

Par M. Dubourg, médecin de l'Hôpital de Marmande, m.-correspondant de l'Académie royale de Médecine. (1)

Voici, d'abord, d'après quelles idées théoriques l'auteur du mémoire a imaginé sa méthode opératoire :

« Des observations récentes ont établi que les parties molles qui recouvrent des parties osseuses, arrêtées dans leur développement, ont une grande influence sur le rapproche-

(1) *Gaz.-méd.* du 31 juillet 1841.

ment des parties écartées; ce principe a surtout une application remarquable dans les cas de division des os maxillaires et palatins. Dans les monstruosités qu'on appelle *bec-de-lièvre*, *gueule-de-loup*, la suture des parties molles en s'appliquant sur la diduction de la charpente osseuse, agit d'une manière incessante pour en diminuer l'écartement, et pour l'effacer tout-à-fait, quand il n'est pas trop considérable; c'est ce que j'ai vu maintes fois à la suite des opérations que ces différentes difformités nécessitent.

« Prenant ces faits pour point de départ, n'était-il pas logique de supposer que la jonction, par suture, des parties molles qui recouvrent l'écartement de la ligne apophysaire médiane, constituant le *spina-bifida*, après l'ablation du sac tégumentaire, pourrait favoriser le rapprochement des lames osseuses, arrêtées dans leur marche l'une vers l'autre? Mais la plus grande difficulté à vaincre, et celle sans doute qui a fait taxer de témérité toute tentative analogue à la mienne, consistait à empêcher l'introduction de l'air dans le rachis, regardée comme mortelle, et la sortie du liquide cérébro-spinal, également redoutée. De plus, on supposait que la tendance de ce même liquide à se faire jour à travers les interstices de la plaie détruirait la cicatrice au fur et mesure de sa formation. »

Sans se laisser arrêter par ces craintes, M. Dubourg, après un premier essai infructueux dans un cas qui n'offrait d'ailleurs que bien peu de chances de guérison, procéda de la manière suivante, sur une petite fille, née depuis une huitaine de jours, et portant une tumeur à la région lombaire, produite par un spina-bifida.

« Une incision elliptique fut tracée à la base de la tumeur, mais aussitôt que le pédicule fut entamé, un flot de sérosité

roussâtre s'échappa de la section que je fis compléter d'un trait; je plaçai rapidement le bout de mon index sur l'ouverture spinale, et, pour l'obturer en entier, je pénétrai distinctement sur la moelle épinière, dépouillée alors de ses enveloppes immédiates. Je saisis ensuite et pinçai fortement les lèvres de la plaie, très ovale de haut en bas; je les assujettis affrontées au moyen de quatre épingles, et je procédai à la suture entortillée, comme dans un véritable bec-de-lièvre. Le pansement fut même fait avec plus de soin que dans cette opération; je multipliai les tours du cordon ciré autour des aiguilles, afin d'opérer une traction plus lointaine des parties contiguës. De petites compresses carrées furent placées sous l'extrémité pointue des épingles, pour les éloigner de la peau, et un bandage de corps assujettit le tout sur la petite malade, afin qu'on pût la mouvoir et la retourner impunément.

« Cette enfant, qui poussa des cris aigus au commencement de l'opération, pendant laquelle son père la tenait sur ses genoux, la face tournée en bas, cessa subitement de se faire entendre, au moment de l'évacuation du liquide, et resta comme anéantie durant quelques minutes. Cependant elle reprit du mouvement et recommença ses plaintes au moment où les tégumens furent transpercés par les épingles. Aussitôt que l'appareil fut entièrement appliqué, nous la vîmes avec joie, reprendre le sein maternel, et s'y attacher avec toute l'avidité d'un enfant qui n'a aucun mal.

« Comme on l'imagine, je suivis avec un intérêt mêlé d'inquiétude les suites de cette opération. Je devais certainement craindre que la sérosité spinale ne vînt, par son action incessante, faire écarter les lèvres de la plaie ou s'infiltrer dans les tissus des environs, si ce n'est pendant que les ai-

guilles occupaient leur place, du moins lorsqu'il y aurait obligation de les ôter. Eh bien! ces fâcheuses prévisions ne se réalisèrent pas; les épingles et tous les matériaux de la suture furent enlevés au bout de quatre jours, et les lèvres de la plaie, tuméfiées par l'inflammation adhésive, restèrent parfaitement en contact; des bandelettes de sparadrap renforcèrent pour quelques jours les dispositions si bienveillantes de la nature, et, au bout d'une quinzaine, une cicatrice forte, légèrement rosée, formant sur l'écartement apophysaire une sorte de bouchon solide, était tout ce qu'on apercevait des traces d'une maladie réputée incurable.

« J'ai vu cette enfant plusieurs fois depuis cette époque, et la guérison ne s'est pas démentie. »

La troisième observation de M. Dubourg est aussi un exemple de guérison.

Le mémoire se termine par les conclusions suivantes :

1° Il y a des cas de *spina-bifida* susceptibles d'une guérison radicale;

2° Au lieu d'abandonner à leur destinée la plupart des enfans qui naissent avec ce vice de conformation, il faut choisir ceux pour lesquels l'art peut être efficace;

3° Bien que les limites de l'incurabilité soient difficiles à établir, et n'aient rien d'absolu, tout enfant né avec une tumeur provenant d'un *spina-bifida* dont l'ouverture de communication avec le rachis ne dépasse pas un pouce de diamètre, doit être soumis à une opération qui aura pour but d'intercepter le cours du liquide au-dehors du canal, et de favoriser l'ossification et le rapprochement des apophyses épineuses;

4° De tous les moyens déjà tentés avec des succès divers, et en définitive à-peu-près nuls, la suture entortillée, après

avoir pratiqué l'ablation de la tumeur, est le plus sûr, pourvu qu'on opère avec les précautions indiquées ci-dessus;

5° On ne peut établir des règles opératoires absolues d'après le petit nombre de faits que je viens de rapporter. Cependant, il serait à désirer que l'on pût se conformer au procédé que j'ai suivi dans la dernière opération, et qui consiste principalement à ne pas ouvrir le canal rachidien dans le premier temps; mais pour cela il faut que le conduit membraneux qui donne passage au liquide, soit assez étroit; dans le cas contraire, il faut faire une section prompte et nette de tout le pédicule;

6° Mais lorsque le liquide est épanché dans une poche formée par les méninges seulement, et que la peau est atrophiée et retirée en dehors de la solution de continuité, il faut amputer la tumeur de la même manière; mais pour établir la section, on sera obligé de disséquer la peau de chaque côté, en rasant les lames des vertèbres, et de raviver les bords de ces tégumens, comme on agit pour le bec-de-lièvre;

7° Les chances de réussite sont proportionnées aux dimensions de la fente osseuse et à l'état général du sujet;

8° Les faits ci-dessus démontrent enfin que l'on peut impunément ouvrir le canal rachidien, mettre à nu la moelle épinière, et perdre une portion notable du liquide qui baigne cet organe important.

M. Dubourg, *qui avait adressé son Mémoire à l'Académie royale de médecine, et qui a attendu un rapport pendant plus de deux ans*, a soumis sa méthode opératoire au jugement de MM. Ast. Cooper, Roux, Blandin, Serre et Bouillaud, qui lui ont exprimé leur approbation, ainsi que les sociétés de médecine de Bordeaux et de Toulouse. On vient de voir que l'expérience, dont la sanction est supé-

rieure à toute autre, semble devoir se prononcer en faveur de l'opération de M. Dubourg, dont le travail, outre l'intérêt scientifique qui s'y rattache, est écrit avec un ton parfait et une louable réserve.

Section des tendons réunis du droit antérieur et triceps crural dans les fractures de la rotule.

Cicéron a dit qu'il n'y avait rien de si absurde qui n'eût été dit qu ne pût être dit par un philosophe quelconque. Le grand orateur parlait un peu, ce nous semble, pour les chirurgiens de notre époque. L'an dernier, c'était M. Meynier qui proposait la ténotomie de tous les muscles contractés, dans les cas de fracture avec sortie persistante des bouts de l'os fracturé, et qui mettait ce précepte en pratique dans un cas dont il promettait de faire connaître l'issue, promesse qu'il n'a eu garde de tenir. Aujourd'hui un autre chirurgien propose tout simplement la section sous-cutanée des tendons réunis du muscle droit antérieur et triceps crural dans le cas de fracture transversale de la rotule avec écartement considérable des deux fragmens.

Cette proposition fait le sujet d'une lettre adressée à la *Gazette médicale* par M. Constant, qui parle d'un jeune officier atteint d'une fracture transversale de la rotule, laquelle s'est consolidée avec écartement, de sorte que le blessé, incapable de monter à cheval, et même de marcher sans béquilles, a dû renoncer à sa carrière. Cependant, dit M. Constant, la cure avait été dirigée par des chirurgiens très habiles. Nous ne contestons pas cette habileté superlative. Des hommes très habiles en général peuvent, une fois dans leur vie, se comporter maladroitement. Il est positif que l'on peut, au moyen du bandage inamovible bien appliqué, obtenir la

consolidation d'une fracture transversale de la rotule, sinon linéairement, comme dans le cas que nous avons fait connaître dans ce journal, du moins avec assez peu d'écartement pour que la marche n'ait pas à en souffrir. Il est à regretter, pour le jeune officier dont parle M. Constant, que les hommes très habiles qui l'ont soigné aient négligé de se tenir au courant des progrès de la science, sous ce rapport.

Nouvelle opération pour la pupille artificielle.

M. A. Guépin, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, a publié récemment, sous le titre de *Monographie de la pupille artificielle*, une brochure, dans laquelle il fait connaître une opération nouvelle qu'il appelle la *distension permanente de la pupille*, destinée, dans le cas d'opacité de la cornée, à faire passer la prunelle derrière une partie transparente de cette membrane.

« Le malade étant placé comme pour l'opération de la cataracte, le chirurgien plonge un bistouri ou petit couteau à lame très étroite et concave, dans la partie transparente de la cornée, à sa jonction à la sclérotique, puis il le fait sortir, à cinq millimètres de son entrée, sur un autre point de la cornée, et il pratique par suite une incision qui réunit les deux ouvertures. Cette incision n'est pas toujours facile; il est assez commun de trouver la cornée, dans sa circonférence, dure et résistante comme de la corne véritable. Si l'état de l'œil le permet, on pratique de préférence cette incision à la partie inférieure, afin d'utiliser la pression des liquides sur l'iris, comme moyen de faciliter le succès de l'opération. Mais si la partie supérieure, la partie externe, ou même l'interne, se trouve seule transparente, il y aurait nécessité de subir les conditions de l'opération. Le chirur-

gien se placerait alors debout, renverserait la tête du malade, releverait d'une main la paupière supérieure et ferait son incision avec l'autre.

« L'incision seule peut suffire quelquefois, si l'on agit sur la partie inférieure de la cornée pour obtenir une hernie de l'iris. Dans tous les autres cas, il est nécessaire d'y joindre l'excision d'un petit lambeau. Cette seconde partie de l'opération peut se pratiquer avec un couteau, des ciseaux ou l'emporte-pièce. Ce dernier instrument doit être préféré. Celui dont nous faisons usage avait été imaginé, sur notre demande, pour enlever un lambeau de l'iris, par M. Mouniot, coutelier habile, que nous consultons toujours avec profit chaque fois que nous voulons modifier un instrument. Il n'a pu servir sous ce rapport, mais il coupe supérieurement la cornée, sans faire éprouver de douleur, et en taillant un lambeau semi-lunaire. Pour s'en servir, l'on engage sous la cornée la lame plate de cet instrument que l'on tient dans la main comme des ciseaux avec le pouce et l'index, et l'on rapproche les deux branches. Cette section doit être faite de la circonférence au centre de l'iris, si l'on a bien réussi à pratiquer son incision sur la circonférence même de la cornée. Dans le cas contraire, il faudrait faire éprouver une perte de substance à la partie de la cornée comprise entre les deux points extrêmes de l'incision et la circonférence de cet organe; en d'autres termes, au segment du triangle sphérique, compris entre la circonférence de la cornée et l'incision pratiquée avec le couteau.

« L'incision de cinq millimètres terminée, une petite portion de la cornée enlevée avec l'emporte-pièce, il se produit une hernie de l'iris dans l'ouverture béante de la cornée. Si cette hernie n'a pas lieu, on la détermine en beurrant

la paupière supérieure avec de l'extrait de belladone.

« Une fois la hernie déterminée, elle se maintient par les moyens qui l'ont produite. Quelques cautérisations, adroitement faites, vers le troisième ou le quatrième jour, avec le nitrate d'argent, et répétées ensuite de temps à autre, suffisent, et amènent une inflammation légère qui établit les adhérences nécessaires pour maintenir la pupille dans sa distension forcée. »

M. Guépin rapporte brièvement trois observations en faveur de cette méthode opératoire, et nous savons que plusieurs autres sont contenues dans un mémoire adressé par ce chirurgien à l'Académie royale de médecine. La méthode de M. Guépin est très ingénieuse, et nous semble devoir réussir dans les cas d'opacité de la cornée, à la condition que l'opacité ne soit pas trop étendue, et que l'iris ne soit pas adhérent à la cornée.

De quelques maladies du maxillaire supérieur, observées à l'hôpital civil de Louvain, et de l'ablation complète de cet os; par M. J. B. J. Heylen.

Nous trouvons, sous ce titre, dans les numéros 2 et 4 du *Bulletin médical belge*, un mémoire qui avait paru sous forme de thèse, et que nous croyons utile d'analyser.

Hydropisie du sinus maxillaire. — L'étiologie de cette affection est obscure; si la muqueuse qui tapisse le sinus n'était pas si mince, l'auteur admettrait comme cause une inflammation catarrhale de cette membrane. Dans le cas célèbre de Dubois et dans un autre rapporté par M. Heylen, une dent était implantée dans le sinus: Il nous semblerait parfaitement rationnel d'admettre, dans ces deux cas, une inflammation de la membrane, suite de l'irritation produite par le

corps étranger, et consécutivement un excès de sécrétion. La plupart des auteurs reconnaissent que c'est la paroi antérieure du sinus qui bombe la première, et le plus; c'est aussi ce qu'admet M. Heylen; mais l'explication de ce phénomène par les auteurs ne lui semble pas admissible; ce n'est pas suivant lui la paroi antérieure du sinus qui est la plus mince; c'est la paroi nasale; le phénomène en question s'expliquerait peut-être, pense-t-il, par le poids du liquide, naturellement porté en bas et en avant. Il y a des cas dans lesquels la dilatation du sinus a lieu dans tous les sens. Il en était ainsi dans l'un des faits rapportés par M. Gensoul (*Lettre chirurgicale sur quelques maladies graves du sinus maxillaire*. Paris 1833, p. 50), et dans lequel les parois osseuses, ce qui est une remarque très importante, avaient augmenté d'épaisseur, puisque l'antérieure était épaisse de deux lignes et demie à trois lignes. La même dilatation générale a été vue dans le cas suivant de M. Heylen : Une jeune fille se présente avec une tumeur qui occupe la moitié droite de la voûte palatine, et une tuméfaction de la face. Une ponction exploratrice a été faite par M. le prof. Craninx, et du pus s'est écoulé. La tumeur est divisée, dans toute sa longueur, d'arrière en avant. Il existe une perte de substance de plusieurs lignes à la voûte palatine; on agrandit l'ouverture, et le doigt est introduit dans le sinus, où l'on sent des aspérités formées par la racine de la deuxième incisive droite, que l'on arrache; après quoi on ne sent plus les aspérités. La cavité s'est détergée; pendant long-temps, la malade a été obligée de fermer l'ouverture de communication entre la bouche et le sinus, avec de la charpie, pour empêcher les alimens de pénétrer dans ce dernier. Au sixième mois, l'ouverture de communication se ferme. Nous nous demandons si cette

intéressante observation est bien un exemple d'hydropisie du sinus, et s'il ne s'agit pas là manifestement d'un abcès.

Le traitement offre trois indications : 1° Donner issue au liquide. 2° Empêcher sa reproduction. 3° Combattre la cause. Le liquide peut être évacué par la voie naturelle ou par une route artificielle ; de là deux moyens : le cathétérisme et la perforation. Le cathétérisme, attribué à Jourdain, quoique Allouel paraisse l'avoir mis en usage avant lui, a été soumis à de nouveaux essais par M. Heylen, et ne lui semble pas présenter les avantages que Jourdain avait attribués à ce moyen, qui est effectivement d'une application trop difficile, pour qu'on ne lui préfère pas la perforation. On connaît les nombreux procédés à l'aide desquels celle-ci a été pratiquée ; l'auteur donne la préférence à celui de Desault, qui pénétrait dans le sinus par la fosse canine. Toutefois, si une dent correspondante au sinus était enlevée depuis peu, ou si elle était cariée, mobile, ou bien encore s'il y avait à penser qu'elle fût cause de la maladie, il aurait recours à la perforation de l'alvéole. On remplit la seconde indication, qui consiste à empêcher le renouvellement du liquide, au moyen d'injections, et de tentes de charpie, qui doivent complètement remplir le sinus, dont la perte de substance s'oppose, d'ailleurs, à l'accumulation d'un nouveau liquide. La troisième, celle enfin, qui consiste à faire disparaître la cause, il est difficile de la remplir, puisque souvent la cause est ignorée. Lorsque c'est une dent qui a occasioné la maladie, on l'évulse.

Exostose de l'os maxillaire supérieur. L'auteur la distingue en générale et partielle (périostose). Il ne s'occupe que de la première. D'après lui, la plupart des auteurs ont confondu la véritable exostose, dépendant d'un excès de

nutrition de la substance osseuse avec les autres maladies qui déterminent le développement des parois osseuses du maxillaire, telles que les tumeurs fongueuses, l'ostéo-sarcôme et surtout les kystes osseux. « Les symptômes rapportés dans l'histoire de ces maladies, prouvent assez, dit M. Heylen, ce que nous avançons. Tous les auteurs auxquels nous faisons allusion, décrivent deux substances comme entrant dans la composition de la tumeur, l'une externe, osseuse, l'autre interne, fongueuse. »

Causes. Le virus vénérien a surtout fixé l'attention des praticiens. La cause, toutefois, reste le plus souvent inconnue.

M. Heylen admet que l'exostose simple passe le plus souvent à l'état cancéreux, ce qui ne nous paraît pas démontré. Dans les cas d'exostose suivie de dégénérescence, on avait probablement à faire, dès le premier moment, à une dégénérescence; seulement l'état des parties empêchait de reconnaître la nature du mal.

L'auteur rappelle la belle observation de Boyer, dans laquelle on voit qu'une exostose vénérienne du maxillaire supérieur, fut guérie par la liqueur de Van-Swiéten, et se prononce, avec raison, en faveur du traitement antisyphilitique, au moindre soupçon de l'existence de la cause vénérienne. Lorsque le traitement interne et les applications externes restent sans effet, ce qui a lieu le plus souvent, il faut recourir à une opération. Toutefois, on ne se décidera à enlever l'os complètement que s'il a commencé à dégénérer, ou si quelque fonction importante est empêchée.

Voici, résumée, une observation d'exostose du maxillaire gauche, rapportée par l'auteur. — Jean Vandeperre, âgé de 27 ans, sanguin, bien constitué, dont la mère a succombé à une affection cancéreuse du sein, s'est aperçu, il y a environ

16 ans, que sa joue gauche devenait plus proéminente que la droite. A son entrée à l'hôpital les fonctions se font bien. On est frappé tout d'abord, en le voyant, du développement énorme de la joue gauche. « Le nez est déjeté vers la droite, et la bouche, au lieu d'être horizontale, est inclinée en bas et à gauche; l'œil du côté malade est un peu plus saillant; cependant la paupière inférieure n'est pas tirée en bas par le développement de la tumeur... La joue gauche est plus proéminente que la droite d'environ 40 millimètres (1 1/2 p.), la plus grande saillie correspondant à la fosse canine. » Au lieu de la gouttière sus-alvéolaire, il existe à gauche une surface bombée; les dents sont plus basses de ce même côté. Toutes sont saines et fortement implantées. La peau est intacte sur la tumeur, et n'est pas notablement amincie. Les deux dernières molaires sont déjetées en dehors. Les deux tiers gauches de la voûte palatine forment une saillie exactement circonscrite. En examinant la mâchoire inférieure, qui avait subi un mouvement de torsion pour faire correspondre l'une à l'autre les deux arcades dentaires, on remarqua sur la branche gauche une saillie osseuse du volume d'une demi-noisette. Une autre tumeur occupe la tempe gauche: l'apophyse zygomatique, surtout vers la base, est aussi plus développée que du côté droit. En résumé Vandeperre présentait quatre tumeurs osseuses sur la moitié gauche de la tête. Il est remarquable que le malade n'avait pas parlé de ses autres tumeurs, et même qu'il avait caché celle de la tempe, dans la crainte qu'on ne l'opérât point de celle de la mâchoire supérieure. L'opération ne fut pas pratiquée, à cause de la multiplicité des tumeurs, et du peu de gêne que la plus considérable faisait éprouver au sujet dont l'état général était, du reste, satisfaisant.

Dégénérescence de l'os maxillaire supérieur. — Après différens détails sur ces affections, M. Heylen rapporte deux observations dont voici la seconde :

Pierre Ronsman, âgé de 39 ans, d'un tempérament sanguin, ouvrier à la campagne.

Aucun de ses parens n'a été atteint d'une maladie analogue à celle qu'il porte aujourd'hui. Lui-même a toujours joui d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de 17 ans. C'est à cette époque (il y a de cela 22 ans), qu'ayant été saisi par un froid, il s'aperçut d'une légère tumeur qui faisait bomber la joue droite. Comme elle ne causait aucune douleur, le malade la négligea pendant trois ans. Déjà cependant elle avait acquis le volume qu'elle présente aujourd'hui. Il se décida enfin à consulter un médecin qui lui arracha une dent molaire, puis plongea une lancette dans le fond de l'alvéole d'où il ne sortit qu'un peu de sang.

Un an après il se rendit à l'hôpital de Louvain où M. Baud, professeur de clinique chirurgicale, jugea à propos de pénétrer dans le sinus maxillaire, en perforant sa paroi externe. Il n'en sortit aucune matière, et le doigt, introduit par l'ouverture pratiquée, reconnut que la cavité était entièrement vide. La plaie suppura pendant deux mois, et le malade retourna chez lui sans que l'opération eût changé le caractère de la tumeur qu'il portait.

Un an plus tard, Ronsman éprouvait un sentiment de gêne et de pesanteur dans la mâchoire, et s'apercevant que l'ouverture faite au sinus s'était fermée, rentra audit hôpital. M. le profess. Baud renouvela, et avec le même résultat l'opération qu'il lui avait pratiquée lors de son premier séjour dans cet établissement. La suppuration continua pendant six mois ; cette fois l'ouverture du sinus ne se ferma plus.

Depuis lors, le malade resta chez lui pendant quinze ans, sans éprouver ni douleur, ni augmentation de volume de la tumeur, seulement toutes les quatre ou six semaines, il s'écoulait du sinus une quantité de pus assez considérable pour remplir un gobelet. Cet écoulement s'annonçait un ou deux jours à l'avance par un sentiment de tension, de gêne et de pesanteur, phénomène qui disparaissait après la sortie d'un mucus purulent et fétide.

Jusque-là la mastication était toujours restée libre des deux côtés, mais depuis deux ans elle est devenue douloureuse et même impossible du côté affecté. La tumeur elle-même était cependant encore indolente. Ce n'est que depuis trois mois que la portion de la mâchoire supérieure correspondante à

la dent canine et à la première molaire, se tuméfia, devint chaude, rouge, et le siège de battemens et d'élancemens très douloureux. Bientôt la dent canine vacillant, le malade l'arracha, et il sortit de l'alvéole un sang noir, coagulé, mêlé de pus. Trois semaines plus tard, la première molaire fut également arrachée, et la partie correspondante de la mâchoire s'altéra, devint saignante, et le siège de douleurs lancinantes qui depuis lors sont devenues de plus en plus vives et continues.

Etat actuel. — En avant du sinus maxillaire droit, on aperçoit une tumeur assez volumineuse, sans changement de couleur à la peau, dure, résistante, circonscrite, s'étendant transversalement du milieu du nez à la pommette, et verticalement de la partie inférieure de l'orbite à l'arcade alvéolaire. La peau glisse sur toute la surface de cette tumeur, et y paraît saine. Au dessous de la lèvre supérieure du côté droit, la gencive est gonflée, dure, rouge et douloureuse. A la partie de l'arcade alvéolaire qui correspond aux dents canine et molaire arrachées, on remarque une solution de continuité à surface grisâtre, excavée, inégale, rugueuse, saignant au moindre contact, et fournissant un pus ichoreux d'une fétidité repoussante. Les bords en sont renversés en dehors, inégaux, taillés à pic et d'une couleur livide. Cette surface altérée est le point de départ de toutes les douleurs lancinantes ressenties par le malade. Toute la voûte palatine du côté affecté est saillante, dure, résistante et légèrement douloureuse sous la pression. Derrière la seconde molaire, la seule qui existe encore, se trouve l'ouverture artificielle par laquelle l'indicateur pénètre facilement dans le sinus maxillaire. Cette cavité paraît assez spacieuse, inégale; le doigt en extrait un pus blanchâtre, caséeux et fétide.

Il existe un peu de fièvre le soir, depuis quinze jours. Alors les douleurs lancinantes s'étendent jusqu'au sommet de la tête, et empêchent le malade de dormir. Diminution de l'appétit.

On se décida à enlever l'os malade. Les tégumens furent divisés: 1° De l'angle externe de l'œil jusqu'à un pouce et demi en dehors vers la tempe; 2° de l'angle interne du même organe à la racine du nez; 3° de ce dernier point au milieu de la lèvre supérieure en suivant la ligne médiane du nez. Le lambeau fut ensuite disséqué jusqu'au-dessus de l'os malaire, en ayant soin de laisser la conjonctive adhérente au tarse. Dans ce premier temps, une artère ayant donné, on en fit la ligature, puis on procéda à la désarticulation de l'os.

Au moyen de la gouge et du maillet, l'opérateur (M. le professeur Michaux)

sépara l'os malaire: 1° d'avec l'apophyse interne du coronal et la grande aile du sphénoïde; 2° d'avec l'arcade zygomatique; 3° il porta la gouge sur le sommet de l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur; 4° il désarticula les deux maxillaires dans leur union à la voûte palatine; 5° enfin, par un mouvement de bascule, il parvint à désunir les autres articulations encore adhérentes.

Ce second temps fut long et difficile à cause du grand développement qu'avait pris l'os malade. La gouge devait pénétrer si profondément pour séparer entièrement les os les uns des autres, qu'on aurait pu la croire enfoncée dans le crâne.

Ayant ensuite examiné la surface de la plaie, on s'aperçut que la maladie avait envahi une légère portion de l'os maxillaire voisin. C'est pourquoi on le rugina, puis on y porta, à trois reprises différentes, le cautère actuel que l'on promena ainsi sur les autres surfaces inégales des os.

On réunit par la suture entortillée. Vingt-cinq épingles y furent employées.

Tous les témoins de l'opération furent frappés du volume considérable de l'os. Pesé immédiatement après son extraction, on trouva que son poids s'élevait à 257 grammes (8 onces un quart médicinales). Aussi avait-on enlevé l'os maxillaire, l'os malaire, l'os palatin, le cornet inférieur et l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde. Tous ces os étaient épaissis et extrêmement unis. Entre la deuxième incisive et une grosse molaire, seules dents conservées, on remarqua une tumeur fongueuse, en forme de champignon qui se prolongeait dans le sinus, recouvrant toute la partie inférieure et remontant en arrière jusqu'au plancher de l'orbite. En dessous de la pommette se trouvait l'ouverture pratiquée, il y a vingt à vingt-et-un ans, par M. le professeur Baud.

Après divers accidens, des réactions vers la tête, qui ont exigé l'emploi de divers moyens déplétifs, le malade a pu se lever et sortir. Seulement, la plaie de l'angle interne de l'œil ne s'est pas cicatrisée, et il est resté un prolapsus de la paupière inférieure. M. Michaux lui a fait confectionner une coque en gomme élastique, ouverte à son centre, de sorte que l'œil remplit ses fonctions, et que la difformité se trouve plus ou moins masquée. Aujourd'hui, 1er fév. 1841, nous apprenons que Ronsman jouit d'une bonne santé, heureux d'avoir remplacé par de la gêne et une difformité les douleurs excessives qui lui enlevaient tout repos.

Observation de plaie présumée du cœur, suivie de guérison, par M. Henri, chirurgien sous-aide.

Le 4 décembre 1839, M**, jeune soldat au 11e régiment d'artillerie, d'un tempérament sanguin, d'une constitution athlétique, fêtait avec ses camarades la Sainte-Barbe, lorsqu'un de ceux-ci, qui avait un couteau-poignard, voulut le convaincre de l'utilité de cette arme, et lui démontrer comment, la nuit, on pouvait avec son secours se défaire d'un agresseur. Tous deux étaient fortement échauffés par le repas, et la démonstration fut si rapide et si animée, que l'arme, poussée avec force, s'enfonça dans la poitrine. Le blessé, inondé par le flot du sang qui s'élança de la plaie, tomba sous le coup sans connaissance, rendit involontairement l'urine et les matières stercorales, et fut apporté presque expirant, à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg. Il revint à lui pendant le trajet.

M. Bégin, chirurgien en chef, appelé aussitôt, reconnut avec nous les phénomènes suivans: pâleur extrême de la face, état grippé et convulsif des traits du visage, teinte bleuâtre des lèvres, refroidissement glacial des membres, anxiété, respiration lente, haute, difficile, pouls à peine sensible aux deux bras. La plaie, qui existe à un pouce au-dessous du téton gauche, et sur la même ligne verticale, est parallèle aux côtes, longue de trois centimètres, et dirigée de haut en bas et de dehors en dedans. Elle ne laisse point échapper d'air, et autour d'elle on ne reconnaît pas le plus léger emphysème. La lame du poignard, fort aiguë et bien tranchante, après avoir divisé la peau et le muscle grand pectoral, avait glissé sur la quatrième côte, et, continuant sa marche, s'était enfoncée entre cette côte et la cinquième, à un centimètre environ du bord correspondant du sternum. Le petit doigt porté dans l'ouverture permit de constater parfaitement ce trajet, et de préciser le point où les muscles intercostaux étaient traversés.

L'hémorrhagie était, sinon arrêtée, du moins momentanément suspendue; le blessé n'avait pas craché de sang, et ne rendait par la bouche aucun atôme de ce liquide; la poitrine, percutée avec soin, était sonore dans toute la partie antérieure et latéralement, excepté à la région précordiale, où une matité plus marquée et plus étendue que dans l'état normal existait manifestement; l'ausculation fit reconnaître partout le bruit résultant de l'expansion pulmonaire, en même temps que les mouvemens du cœur étaient faibles, obscurs, et à peine perceptibles.

L'état alarmant de M** ne permit de recueillir que rapidement ces divers

symptômes, qui parurent à M. Bégin exclusifs d'une lésion pulmonaire. Sans se prononcer davantage, il réunit la plaie avec une longue bandelette de diachylum, sur laquelle des compresses épaisses furent placées, et il maintient l'appareil par un bandage de corps médiocrement serré. Des frictions furent prescrites sur les membres et le tronc avec de la flanelle chaude, afin d'y rappeler la circulation et la chaleur ; des cataplasmes chauds durent être appliqués aux pieds dans la même intention, et une infusion légère de tilleul édulcorée fut administrée par petites quantités à-la-fois.

Sous l'influence de ces moyens, le mouvement circulatoire se ranima, le visage reprit sa couleur normale, et la respiration, quoique toujours haute, anxieuse, et accompagnée d'un sentiment d'étouffement, devint cependant plus fréquente et plus forte. Tout-à-coup, à six heures du soir (le pansement avait eu lieu vers deux heures de l'après-midi), l'appareil qui semble repoussé de la poitrine, laisse échapper une grande quantité de sang, qui couvre le corps et baigne en quelques instans le lit du blessé. Celui-ci venait de faire plusieurs efforts de vomissement, qui pouvaient avoir occasioné cette hémorrhagie, ou favorisé sa manifestation, en déplaçant les moyens de compression de la plaie.

Appelé de nouveau, M. Bégin détache immédiatement l'appareil, et constate avec nous que, dans la position horizontale et l'état de repos complet du blessé, la respiration s'opérant régulièrement, la solution de continuité ne fournit qu'un suintement peu abondant de sang veineux. Mais le moindre mouvement, le plus léger effort musculaire, l'action de tousser, accroissent tout-à-coup cet écoulement et le transforment en jet. Le blessé, par exemple, ayant voulu aider à l'action par laquelle on le soulevait sur son séant pour changer son bandage, on vit sortir de la plaie, comme d'un robinet, un jet saccadé, du volume d'une grosse plume, qui s'échappait avec assez de force pour s'écarter à dix ou douze centimètres de la poitrine. On comprend que, replaçant immédiatement le sujet sur le dos, on mit vite un terme à ce phénomène, qui avait quelque chose d'effrayant.

Malgré l'écoulement qui continue, les lèvres de la plaie sont rapprochées de nouveau, et maintenues en contact à l'aide de plusieurs morceaux de diachylum superposés, que recouvrent de longues bandelettes agglutinatives; des compresses, assez épaisses pour exercer une forte pression, sont placées au-dessus de la plaie, et soutenues par un double bandage de corps, auquel plusieurs épingles servent à les fixer.

Sans se laisser arrêter par la faiblesse générale et par la petitesse du pouls,

M. Bégin prescrit une saignée de 360 grammes, qui procure de la diminution dans le sentiment d'étouffement et d'anxiété précordiale dont se plaint incessamment le blessé. Les cataplasmes aux pieds sont renouvelés, et l'on substitue la tisane de gomme à l'infusion de tilleul.

A onze heures du soir, la gêne de la respiration ayant repris sa première intensité, une seconde saignée est prescrite; mais l'imperfection du rétablissement de la circulation ne permet d'obtenir que 180 grammes environ du liquide.

Prenant pour guide la force du pouls ainsi que l'intensité du sentiment d'oppression, M. Bégin fit faire, pendant la journée du 5 (le lendemain), dans ses différentes visites près du blessé, cinq saignées, savoir : une de 240 grammes, trois de 360 grammes, et une de 500 grammes. Une douleur vive, développée dans le flanc gauche, le long des attaches du diaphragme aux dernières côtes, fut combattue au moyen de cinq ventouses scarifiées et de fomentations émollientes.

Le 6, le blessé, dont la nuit a été généralement calme, et qui a dormi, quoique d'un sommeil agité, est dans un état satisfaisant. L'oppression ne se fait que légèrement sentir; les facultés intellectuelles ont repris leur énergie, et l'espoir de la guérison soutient et raffermit le courage. Pouls accéléré, irrégulier, mouvemens tumultueux du cœur : *Diète, eau gommeuse et potion gommeuse, fomentations émollientes sur le côté, renouvellement des cataplasmes aux pieds, deux saignées : une de 240 et l'autre de 180 grammes.*

Le 7, la physionomie est plus calme; il n'existe presque plus d'anxiété, les mouvemens du cœur sont moins tumultueux, la respiration est assez facile, le pouls reste accéléré. Quoique le blessé n'ait pas eu de selle depuis l'accident, on n'ose le remuer pour lui administrer un lavement. La même crainte de provoquer le renouvellement de l'hémorrhagie a fait que, sa chemise ayant été ôtée lors du pansement de la nuit du 4 au 5, on ne lui en a pas mis encore d'autre. Il est tenu dans le repos le plus complet; le moindre mouvement du tronc et même des membres lui est interdit avec sévérité, et un infirmier reste constamment près de son lit, afin de pourvoir à ses besoins, et d'avertir en cas d'accident. Continuation des moyens prescrits jusque-là. Une saignée de 300 grammes.

Le 8, peu de sommeil, physionomie calme, respiration facile, engourdissement dans le bras gauche, dont on ne peut déterminer la cause, douleur de côté dissipée. Constipation et sensation du besoin d'aller à la garde-robe; lavement huileux administré au moyen d'une canule en gomme élastique ; *Trois bouillons dans la journée.* Continuation du traitement. Pas de saignée.

Le 9, le blessé est plus agité que la veille. L'appareil est levé avec de grandes précautions. Il n'existe pas de gonflement autour de la plaie; son trajet semble réuni; les bords seuls ne sont pas immédiatement agglutinés et laissent entre eux un intervalle de 4 ou 5 millimètres. La percussion fournit un son mat de 10 centimètres environ, en tous sens, autour de la plaie; à l'ausculation l'on entend un bruit de râpe assez prononcé, pendant les contractions ventriculaires; les mouvemens sont toujours éloignés, obscurs, et parfois irréguliers. Un appareil semblable au premier, mais moins serré est appliqué, et les précautions précédemment prises contre les mouvemens sont continués : *Diète, boisson gommeuse, saignée de 150 grammes.*

Le 10 et les jours suivans l'état du blessé reste à-peu-près stationnaire. *Semoule au gras et pruneaux pour alimens; boisson gommeuse.*

Du 15 au 26, les symptômes allèrent en diminuant; la quantité des alimens fut graduellement augmentée. Le pansement, renouvelé le 27, laisse voir la plaie fermée, mais non encore consolidée; la matité de la région précordiale a de beaucoup diminué, les mouvemens du cœur sont normaux. Il n'existe ni gêne ni oppression. Même pansement.

Une grande surveillance fut exercée sur cet homme jusqu'au 1er janvier, époque à laquelle seulement on lui permit de se lever et de s'asseoir dans un fauteuil. Il put ensuite marcher doucement, et sa convalescence se prolongea jusqu'au 15 janvier, époque où il sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

Les observations de plaies du cœur suivies de cicatrisation ne sont pas très rares; mais jusqu'ici les cas qui en ont été rapportés ont été pour la plupart reconnus à l'examen cadavérique, et d'après la seule inspection d'une cicatrice existant sur l'organe. Le fait qui précède est remarquable en ce que la lésion a été constatée du vivant du blessé, et en ce que, même, elle n'a pu être vérifiée anatomiquement, la guérison ayant eu lieu. Le dernier degré de certitude lui manque donc; mais, en revanche, il a un intérêt pratique bien supérieur à celui que pourrait offrir la simple relation d'un fait anatomique. Le traitement énergique mis en usage par le chirurgien traitant, traitement qui a pu seul triompher d'une aussi redoutable blessure, mérite d'être pris pour modèle dans tous les cas de ce genre. C. M.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

Par M. GIRALDÈS.

Maladie de l'articulation du genou; amputation suivi d'hémorrhagie; ligature de l'artère fémorale et de l'artère iliaque, par M. FRASER THOMPSON.

Thomas Douo, laboureur, âgé de 46 ans, entra à l'hôpital le 17 janvier 1840 pour être traité d'une maladie du genou du côté droit; cette affection existait depuis dix ans. Voici l'état du malade: les mouvemens du genou sont détruits, dans cette articulation il existe peu de douleur, point de fluctuation ou de crépitation; le genou se trouve très élargi. La constitution du malade paraît bonne et il se porte bien. Pendant plusieurs mois après son entrée à l'hôpital, on essaya d'obtenir l'ankylose de cette articulation, mais sans résultat. Le 15 mai, la partie au-dessus du genou se gonfle, la fluctuation y devient manifeste; par le moyen d'une incision, on donne issue à près de huit onces d'une matière grumeleuse, et tous les jours une égale quantité de liquide s'écoule de la plaie. C'est alors que la santé du malade commence à s'altérer, que l'appétit se perd, la peau devient sèche, la face s'injecte et le pouls devient plus rapide. Il était dès-lors évident que si, dans de telles circonstances, on n'avait pas recours à l'amputation, la vie du malade serait compromise. Cette opération fut pratiquée le 12 mai par la méthode à deux lambeaux. On fut obligé de lier près de 10 vaisseaux et même une veine pour arrêter l'hémorrhagie. Le malade ayant perdu une grande quantité de sang se trouvait très affaibli. La plaie fut pansée quelque temps après. Jusqu'au dixième jour après l'opération, le malade alla bien sauf un léger suintement de sang artériel qui continuait à se faire, et qu'on parvenait à arrêter par le moyen des réfrigérans et de la compression. Les ligatures tombèrent le douzième jour; le fil qui tenait à l'artère fémorale fut le dernier à tomber. Le lendemain, du sang artériel, en assez grande quantité, coulait du moignon, en distendait les lambeaux et remplissait les pièces d'appareil. Cette hémorrhagie fut momentanément arrêtée par l'application du tourniquet sur l'artère fémorale; une ligature fut jetée sur cette artère, près de son origine, au-dessous de l'artère fémorale profonde; cette ligature étant pratiquée, le sang s'arrêta. On continua à panser la plaie avec des moyens réfrigérans. Le lendemain, l'hémorrhagie revint de nouveau aussi abondante que la première fois, les lèvres de l'incision furent écartées et l'ar-

tère liée de nouveau, immédiatement au-dessous du ligament de Fallope; cette ligature faite, l'hémorrhagie cessa; on continua l'emploi des pansemens avec des moyens réfrigérans; le malade était très abattu, découragé, le pouls était à 160, petit et faible, la face était pâle, couverte d'une sueur froide, la soif très intense, le malade parlait peu et très doucement. On administra quelques stimulans en petite quantité toutes les trois heures; dans l'après-midi les forces se sont un peu relevées, pendant cinq jours tout alla bien et on avait tout espoir de réussite. Néanmoins dans la matinée du cinq, l'hémorrhagie reparut pour la troisième fois; cette fois le sang provenait du point où l'artère fémorale avait été lié en dernier. Le malade fut le premier à s'apercevoir de l'endroit d'où le sang provenait, et l'arrêta en comprimant cette partie avec les doigts. En allant à l'hôpital, j'ai heureusement rencontré mon ami le docteur Malcon et après avoir fait ensemble l'examen de la plaie, nous restâmes convaincus que la ligature de l'artère iliaque était le seul moyen que nous pouvions employer pour arrêter cette tendance à l'hémorrhagie.

Cette opération fut pratiquée. Nous adoptâmes pour cela le procédé de sir Astley Cooper. Après l'incision de la peau et des muscles, il nous fut difficile de trouver le péritoine et d'arriver sur l'artère; celle-ci se trouvait cachée par de la graisse en assez grande quantité, et par des ganglions engorgés. Enfin, nous trouvâmes le vaisseau repoussé près du pubis plus que dans l'état normal, et offrant des pulsations très faibles. L'artère étant reconnue, on essaya de faire passer sous elle un ténaculum; nonobstant le soin qu'on mit à pratiquer cette manœuvre, le vaisseau céda, se rompit, et au même moment, la plaie se remplit d'une assez grande quantité de sang; le doigt fut introduit dans la plaie, comprima le vaisseau contre l'os, et arrêta l'écoulement du sang. Il faut convenir que, dans ce cas, la position du malade était très fâcheuse, et comme seule ressource, nous fûmes décidés de porter une ligature sur l'artère le plus haut possible, afin de pouvoir lier l'artère dans un point où ses membranes ne seraient pas malades. Pour laisser ma main gauche libre, M. Treu, un des chirurgiens du dispensaire, glissa sa main sur la mienne et comprima le vaisseau. J'ai prolongé alors la première incision en haut et en dehors, dans l'étendue de deux pouces; le péritoine fut détaché, en exécutant ce temps de l'opération il fut alors facile de comprendre ce qui était arrivé dans la première tentative: l'artère se trouvait déplacée et poussée contre le pubis par une tumeur du volume d'une orange et d'une forme aplatie, située dans le point même où l'artère iliaque

sort de l'abdomen. Cette tumeur avait de plus altéré les parois du vaisseau et repoussé en même temps le péritoine en haut, ce qui avait empêché de pouvoir rencontrer cette membrane dans la première tentative de ligature. Cette fois, on sépara facilement l'artère de la veine, et, comme ses parois paraissaient saines, on jeta une ligature à un pouce au-dessous de la division de l'iliaque; un des chefs de la ligature fut tenu hors de la plaie, et celle-ci réunie à l'aide de deux points de suture. Cette opération eut un résultat favorable : l'abdomen devenait un peu sensible; on employa des fomentations avec une décoction de tête de pavot, et quelques sangsues furent appliquées autour de la plaie. Les fils tombèrent le dix-huitième jour de l'opération, et le malade sortit guéri le 18 du mois de juillet, deux mois et quatre jours après l'amputation.

On se rappelle que, dans ce cas, on fut obligé de lier dix artères pour arrêter l'hémorrhagie, et qu'ensuite on fut encore dans la nécessité de lier une veine et d'employer la compression. La première hémorrhagie provenait de l'artère fémorale : elle fut arrêtée par la ligature de ce vaisseau; la seconde provenait de l'artère profonde : elle fut arrêtée en liant celle-ci; la troisième hémorrhagie venait sans doute d'un état morbide général, et devait, par conséquent, nous donner des craintes pour sa réussite. Cette opinion se trouve confirmée par la rupture de l'artère iliaque, dans la tentative qu'on fit pour lier ce vaisseau; ceci nous porta à le découvrir dans un point plus éloigné, afin de pouvoir lier l'artère dans un point où ses parois seraient sains. Une dernière circonstance importante, c'est l'existence de cette tumeur dont on n'avait pas pu reconnaître ni même soupçonner l'existence. L'état du malade, après ces pertes de sang, nous avait donné des inquiétudes bien grandes.

(*Edinburgh monthly Journal of med. sc.* n° 5, mai, 335.)

Il est à regretter que le professeur Syme n'ait pas jugé convenable de donner quelques détails sur la nature de la maladie articulaire. Ce chirurgien se borne à rapporter cette observation comme un cas de pratique, intéressant surtout sous le rapport de l'histoire des hémorrhagies consécutives. Nous avons d'autant plus raison de nous plaindre de cette parcimonie de détails, que nous voyons, à regret, la même marche être suivie dans presque tout l'ensemble de

l'observation ; sans doute, il ne faut pas endormir le lecteur avec des détails tout-à-fait inutiles, mais aussi il ne faut point le mettre dans le cas de retirer un bien petit bénéfice des faits qu'on lui donne. Pour ce qui regarde les différentes hémorrhagies qui ont suivi la ligature de l'artère fémorale, il nous paraît clair, d'après la lecture de l'observation, qu'une d'elles a été évidemment le résultat d'une manœuvre employée, et peu en harmonie avec les connaissances que nous avons sur la pathologie des vaisseaux. M. Syme, dans ce cas, décolle les lèvres d'une incision qui avait servi déjà à mettre une artère à découvert, et porte une seconde ligature sur le même vaisseau, dans un point plus élevé ; de toute nécessité, cette ligature devait embrasser une artère déjà enflammée, et c'est cette cause, selon moi, qui donna lieu à l'hémorrhagie pour laquelle il a fallu lier l'artère iliaque ; il fallait, de prime abord, recourir à la ligature de ce vaisseau plutôt que de porter une ligature sur une artère déjà malade, puisqu'elle avait été découverte et liée la veille ; l'existence d'une tumeur, dont la nature nous est inconnue, tumeur qui repoussait l'artère iliaque contre le pubis, et qui détermina la déchirure du vaisseau par suite des altérations qu'elle y avait occasionées, méritait au moins qu'on nous dît quelque chose sur l'état des parties environnantes. Au demeurant, cette observation offre un enseignement utile aux chirurgiens. On doit se rappeler que, s'il est important de lier une artère dans le point où elle vient d'être blessée ; il est dangereux d'y jeter un lien lorsque l'inflammation a pu envahir ses tuniques, car, dans ce cas, le vaisseau est facilement ulcéré et coupé.

Extraction d'un corps cartilagineux de l'articulation du genou par un nouveau procédé, par le professeur Syme.

Robert Pitcarthly, âgé de 37 ans, entra dans les salles de la clinique de l'Infirmerie royale, le 26 janvier, pour se faire traiter d'un corps mobile qu'il portait depuis deux ans dans l'articulation du genou. L'existence de ce corps dans cette articulation lui causait une grande gêne et l'empêchait, de se livrer à son métier de tourneur. Pendant quelque temps ce corps étranger se trouva placé au côté externe du genou, mais depuis peu il a changé de place, et il est situé un peu en arrière de l'articulation, près des tendons des muscles couturier et grêle interne.

M. Syme expose dans sa leçon le danger qu'il y aurait à extraire ce corps par le moyen d'une incision, non pas, selon lui, à cause de l'entrée de l'air dans cette cavité, comme l'ont prétendu quelques personnes et dernièrement encore M. Guérin, mais parce que la plaie ne se réunissant pas par première intention, l'inflammation pourrait se propager aux tissus composant l'articulation. D'un autre côté le tempérament de l'individu venait encore s'opposer à ce qu'on suivît cette marche.

Il a été démontré que l'emploi des moyens palliatifs, tels que le vésicatoire dans le but de faire disparaître la sérosité accumulée dans l'articulation, et des bandages destinés à restreindre les mouvemens, étaient des moyens peu efficaces, et que la confiance de quelques praticiens dans l'emploi de ces moyens provenait de ce qu'on n'avait pas reconnu des épaississemens partiels de la membrane synoviale, qu'on avait pris souvent pour des corps étrangers libres dans l'articulation. Cette erreur a été fréquemment commise et un cas de ce genre s'est présenté à moi dans les salles de clinique. Dans ce cas, on avait même pratiqué une opération pour extraire le corps étranger qui n'existait pas.

Le professeur Syme dit que, dans des circonstances semblables au cas que nous rapportons, il lui est arrivé d'atteindre le corps étranger, par le moyen d'une incision sous-cutanée; savoir, en faisant une première ponction à la peau, en ouvrant ensuite par là la membrane synoviale de façon à permettre au corps étranger de s'échapper, de filer par cette voie et de se loger dans le tissu cellulaire, y contracter des adhérences ou être absorbé, ou donner lieu à un abcès sous la peau. Cette opération fut pratiquée le 1er février: un bistouri étroit et courbe fut introduit obliquement sous la peau et poussé jusqu'à la synoviale qui fut ouverte. Le corps en ques-

tion fut facilement déplacé et logé sans difficulté à un pouce au-dessous de la rotule. De la charpie et un bandage furent appliqués sur cette plaie. Jusqu'au second jour, le malade n'éprouva aucun accident; dans la nuit du 3, il eut quelques frissons; on remarqua de la rougeur et un peu de gonflement dans le point où le corps étranger se trouvait logé. Le 5, l'inflammation s'est beaucoup augmentée, et on remarque des traînées rouges qui se rendent à l'aine; les ganglions de cette région sont un peu volumineux.

Ces symptômes diminuèrent deux jours après, et le 8 on sentit une fluctuation bien distincte dans l'endroit où le corps étranger était logé. Une incision faite sur ce point donna issue à une assez grande quantité de matière. Le 11, à l'aide d'une pince, on enleva le corps étranger; sa forme est ovale, un peu aplatie, de la longueur d'un pouce. La suppuration est abondante, mais elle provient surtout du tissu cellulaire : le malade est en voie de guérison.

(*Edinbourg monthly Journal*, n° 3, p. 217.)

Si nous en croyons les paroles du journal anglais, depuis long-temps le professeur Syme pratique l'extraction des corps étrangers des articulations par la méthode sous-cutanée; cependant son observation est du mois de février. Le numéro 1 des *Annales* contient un mémoire de M. Goyrand sur cet objet. La première observation de ce chirurgien, rapportée dans ce mémoire, remonte au mois de septembre, ce qui lui donnerait de tout droit la priorité de cette opération. Au reste nous croyons que le professeur Syme ne connaissait pas le travail de M. Goyrand, car il part de données toutes différentes pour employer cette modification.

Le fait rapporté sert encore à nous montrer que des corps étrangers sortis des articulations par le moyen du procédé employé, peuvent donner lieu à une inflammation dans le point où ils se trouvent logés; c'est même sur cette particularité que s'appuie M. Syme pour conseiller ce procédé.

Tumeur fibreuse enveloppant le nerf sciatique, par JAMES DUNCAN, chirurgien de l'Infirmerie royale d'Édimbourg.

J'ai observé, au mois de décembre dernier, un jeune homme, âgé de 16 ans, porteur de la tumeur que nous indiquons. Les parens de ce malade s'aperçurent, il y a seulement trois ans, que le jeune homme avait le membre beaucoup plus volumineux, et que celui-ci était le siège d'une tumeur assez forte, dont le volume augmentait graduellement. Il y a seulement 10 mois que cette tumeur est devenue le siège de douleurs lancinantes. Le malade ne peut faire le moindre exercice sans éprouver dans le membre une fatigue et une gêne assez grande. Le mois de novembre dernier, on consulta le médecin de la famille, qui fut d'avis de faire enlever cette tumeur ; cependant, afin de se rendre aux désirs de la famille, on essaya l'emploi de moyens moins violens, des linimens iodés et opiacés et de l'hydriodate de potasse à l'intérieur.

La première fois que j'ai vu le malade, la tumeur était bien isolée, on pouvait l'explorer, la manier sans la moindre gêne : elle est située au-dessous des muscles du jarret et fait relief vers le côté externe et interne de la cuisse, mais surtout vers le côté interne ; sa partie supérieure touche presque à la tubérosité de l'ischion et sa partie inférieure dépasse le tiers moyen de la cuisse. Beaucoup plus volumineuse à sa partie supérieure, cette tumeur est un peu aplatie et se trouve recouverte par les muscles; si la jambe est mise dans l'extension, la tumeur devient immobile; elle est au contraire beaucoup plus facile à explorer si la jambe est dans la flexion, et on peut s'assurer alors que les muscles passent sur elle. On continua pendant un mois le traitement indiqué. Les parens du malade voyant que cela ne produisait pas d'effet, étaient désireux de le voir débarrassé de cette maladie. Il y avait alors un œdème très considérable, de plus la peau et les parties molles étaient très sensibles, très endolories : cela dépendait surtout de ce que le malade avait fait à cheval, il y avait trois jours, une étendue de chemin assez considérable. L'opération fut différée de quelques jours, afin de calmer cet état d'irritation, et dans ce but on employa des fomentations. Rien dans cette circonstance ne nous faisait supposer que cette tumeur fût de nature cancéreuse; le malade se trouvant dans des circonstances très convenables, nous pensions que le siège et le volume de la tumeur ne nous causeraient pas de grandes difficultés. Nous croyions aussi que le nerf sciatique ne se trouvait pas compris dans la tumeur, par conséquent que les difficultés de l'opé-

ration seraient moins grandes, et qu'il serait aisé d'isoler la tumeur des parties environnantes.

Nous pratiquâmes l'opération le 17 juillet, en présence de MM. J. Ballingall, des docteurs Peacock, John Reid, S. J. B. Balfour.

Le malade étant placé sur le ventre, la jambe légèrement fléchie sur la cuisse, afin de relâcher les parties le plus possible, une incision partant de la tubérosité de l'ischion fut menée en bas et en dedans jusqu'au tiers inférieure de la cuisse, la tumeur étant plus développée vers le côté interne; c'est la raison qui nous fit porter l'incision dans cette direction, afin surtout de nous rendre plus facilement maîtres du sang fourni par les vaisseaux, que nous pensions devoir provenir des artères circonflexes et perforantes. Les adhérences de la tumeur avec les parties voisines étaient beaucoup plus grandes que nous ne le pensions: les muscles étaient, dans quelques points, en contact avec la tumeur, et dans d'autres les fibres qui les formaient passaient à travers elle; cette disposition rendit la dissection plus difficile et plus longue. J'avais eu d'abord la pensée de dégager la tumeur en arrière et en dehors, de la renverser ensuite de haut en bas, afin de la séparer plus facilement; mais les rapports et les adhérences de la tumeur ne me permirent pas de mettre ma première idée en exécution. Nous procédâmes donc en sens contraire, c'est-à-dire en la renversant de bas en haut: en exécutant ce temps de l'opération, nous vîmes que les branches du nerf sciatique se trouvaient contenues dans cette masse et surtout dans son côté interne et inférieur. M. Ballingall et moi nous crûmes un instant que cette disposition rendait la séparation de la tumeur impossible, à moins de couper une partie du cordon nerveux. En poursuivant cependant la dissection des parties et en soulevant avec soin le nerf à l'aide d'un crochet, il nous fut possible de constater que ce cordon se trouvait comme invaginé dans l'intérieur de la masse et que son tissu était sain; la séparation du nerf à la partie inférieure fut facile, à la partie supérieure la séparation devint un peu plus difficile à cause des adhérences. Dans ce point, le névrilemme se confondait avec la tumeur. Elle fut alors fendue; le cordon nerveux fut séparé avec soin de son intérieur, et ensuite écarté par le moyen d'une aiguille à anévrysme: on parvint ainsi à détacher complètement cette masse morbide.

Cette opération fut assez laborieuse, le malade, cependant, la supporta avec beaucoup de courage; quatre grosses artères furent liées pendant l'opération; les bords de la plaie furent ramenés l'un contre l'autre, et contenus dans cette position par plusieurs points de suture et un bandage roulé, le membre malade fut ensuite soutenu à l'aide de coussins.

Des accidens inflammatoires qui suivirent l'opération furent combattus et dissipés par des moyens convenables; la plaie ne se réunit pas par première intention, mais tout marcha bien jusqu'à la complète cicatrisation qui eut lieu six semaines après.

Les tiraillemens auxquels nous avions été obligés de soumettre les cordons nerveux, pour isoler et séparer la tumeur, nous avaient fait craindre un moment que l'inflammation de ces cordons ne fût le résultat de cette manœuvre; cependant à part une douleur qui s'est développée le dixième jour derrière la malléole interne, nous n'avons pas observé d'autres accidens.

L'examen de la tumeur démontre qu'elle est de nature fibreuse; cette espèce de gaîne qu'elle formait au nerf sciatique, son volume, l'étendue de la partie qu'on fut obligé de mettre à découvert sans que le moindre accident en fût la suite, rendent ce fait très intéressant. Les tumeurs fibreuses ou d'autre nature développée dans l'épaisseur du névrilemme, avec ou sans éparpillement du cordon nerveux sur elles ne sont pas sans doute très rares; cependant, je ne connais aucun cas dans lequel le cordon nerveux se trouvât invaginé dans la tumeur.

Les praticiens ne sont pas tous d'accord sur la conduite qu'on doit tenir toutes les fois que le nerf principal d'un membre se trouve logé dans une tumeur de cette nature, et qu'on ne peut éviter de le couper afin de pouvoir enlever la tumeur. Je pense qu'on recommande dans ces cas l'amputation du membre. Tel était l'opinion de M. Ballingall pour le cas en question; il pensait que le nerf était confondu dans la tumeur. M. Liston, dans son livre, ne suit pas la même opinion; il ajoute que des tumeurs non cancéreuses ont été enlevées avec succès en coupant une portion du nerf sciatique. Je ne connais aucun cas de névrôme de ce nerf opéré; par contre, j'en connais deux cas appartenant au nerf tibial postérieur: le premier, tiré de la pratique de J. Bell, a été rapporté par M. Wood dans son mémoire sur les névrômes; l'autre a été observé par M. Liston dans l'Infirmerie royale d'Edimbourg. Dans le premier, l'amputation fut pratiquée, et dans le second, la tumeur fut enlevée avec trois pouces du nerf, sans que le malade perdît l'usage de son pied. Je pense que dans les cas analogues, la conduite de M. Wood doit être imitée; je ne crois pas qu'on obtînt un bon résultat si la tumeur était enlevée avec une portion du nerf sciatique. A l'appui de cette opinion je citerai le fait de M. Wardrop qui a observé un officier chez lequel un coup de feu avait emporté une portion du nerf sciatique; ce malade perdit l'usage du membre. Ce fait est encore confirmé par les expériences qu'on pratique sur des animaux. Je pense donc que l'amputation du

membre est le seul moyen qu'on puisse employer, lorsque le nerf sciatique se trouve faire partie d'une tumeur qui s'est développée dans son tissu.

(*Edinburgh monthly Journal*, n° 2, p. 88.)

On conçoit aisément que toutes les fois que le nerf principal d'un membre se trouve compris dans une tumeur de cette nature, il convient de séparer la tumeur en laissant le nerf intact. C'est au reste un précepte de médecine opératoire exprimé par le professeur Velpeau dans sa *médecine opérat.* (2e édit. t. 3. p. 109 et 113). On comprend sans peine que des opérations de cette nature exigent de la part de celui qui les exécute, une connaissance très exacte et très approfondie des différens points d'anatomie.

Tumeur dans le nerf médian, par le professeur Syme.

M. X. âgé de 50 ans, vint me consulter, au mois d'août dernier, pour une douleur au poignet, accompagnée d'inflammation de cette partie. Ce malade habita, pendant 25 ans l'Amérique du Nord, et depuis 10 ans il s'est aperçu d'un engourdissement au doigt médius de la main droite. Cette incommodité dura pendant deux ans... A cette époque le médecin qui le soignait crut pouvoir rapporter ce phénomène à une tumeur existant à la partie antérieure de l'avant-bras, un peu au-dessus du poignet; jusqu'alors le malade n'avait éprouvé aucune douleur dans cette tumeur. Ce n'est que depuis trois ans qu'elle est devenue sensible à la pression; alors l'engourdissement s'est étendu à tous les autres doigts, et, de plus, il s'y est ajouté une espèce de crampe très désagréable, très incommode, qui durait quelques secondes et privait, pendant sa durée, la main de tout mouvement.

La tumeur depuis le moment qu'on y a pris garde, n'a pas augmenté de volume; les mouvemens spasmodiques dont la main était le siège, sont devenus plus fréquens, et se répètent deux fois par jour et dans la nuit, ce qui oblige le malade à se lever et plonger la main dans l'eau froide, afin de les faire cesser. Le gonflement qu'on remarque au poignet n'a pu être convenablement exploré, précisément à cause de cette extrême sensibilité, et parce que ces parties étant recouvertes par des plans fibreux résistans, conservent leurs formes naturelles, offrent quelque résistance, et empêchent une exploration convenable. Une incision fut pratiquée sur le côté externe de

la tumeur, les tendons furent écartés de manière à la mettre à découvert. L'aponévrose qui la recouvrait et qui masquait un peu sa forme, étant divisée, on mit à découvert une tumeur ronde, ayant son siège dans le nerf médian, l'extirpation en fut faite sans difficulté; le malade guérit rapidement, et il quitta la ville à la fin de la semaine.

(*Edinburgh monthly Jour. of med. science*, n. 9.)

Tumeur enkystée dans l'intérieur de l'œil, par M. Turner.

Le 7 novembre 1840, une femme, âgée de 62 ans, vint me consulter pour une maladie de l'œil du côté droit, existant depuis trois semaines. Il y a un an que cette femme eut une inflammation assez forte à l'œil du même côté, contre laquelle elle employa le traitement ordinaire; depuis lors, la vue diminua à un tel point que la malade ne pouvait pas apercevoir les petits objets. Les deux yeux sont très gonflés, d'un côté, il y a un entropion compliqué d'épiphora et de douleurs dans l'œil et dans la tête, douleurs qui augmentent et deviennent très vives par l'action de la lumière : il est donc difficile dans ce cas de procéder à un examen complet de l'œil malade. Voici son état : la cornée est peu transparente; des vaisseaux nombreux de la conjonctive sont injectés; malgré l'opacité de la cornée, on peut apercevoir à travers cette membrane un corps blanchâtre qui semble occuper toute la chambre antérieure.

L'état général du sujet n'est pas très modifié; la langue est un peu chargée, l'appétit a un peu diminué, légère constipation, le pouls à 70.

Les personnes, qui avaient traité la malade avant moi, jugèrent convenable d'employer des vésicatoires aux tempes, des collyres et des médicamens cathartiques. Ces moyens ont produit peu de résultat. J'ai conseillé à la malade l'application de huit sangsues derrière les oreilles, des fomentations avec une décoction de tête de pavot, et l'application d'un cataplasme de farine de graine de lin pendant la nuit; j'ai, de plus, conseillé l'usage d'une pilule composée avec 2 grains de calomel et un grain d'opium; et, le lendemain une infusion de séné avec du sulfate de magnésie.

8. Les sangsues saignèrent beaucoup; elles calmèrent les douleurs et l'irritabilité de l'œil; les purgatifs produisirent quelques effets; l'emploi des fomentations et des cataplasmes avait eu un bon résultat; on continua leur application, on administra, de plus, 4 grains de pilules bleues, et une infusion de séné.

10. Le gonflement des yeux et l'épiphora sont très diminués, l'œil est encore très sensible à la lumière, la langue est en bon état, on applique six sangsues autour de l'œil, on continue les cataplasmes et l'infusion indiquée.

13. Le malade va beaucoup mieux, les paupières sont moins gonflées et les vaisseaux de la conjonctive moins développés. L'opacité de la cornée est diminuée, elle permet d'explorer l'intérieur de l'œil avec plus de soin; on remarque dans la chambre antérieure une espèce de sac demi transparent, comme membraneux et passant à travers la pupille dans cette chambre qu'il remplit presque en totalité. Cette espèce de sac semble étranglé par l'iris; quand cette membrane se contracte, ce sac semble se distendre; une partie de la poche a une couleur d'un blanc bleuâtre, tandis que la partie inférieure est jaunâtre, et plus dense que l'autre partie, comme s'il y avait là un liquide bourbeux. La couleur de l'iris est grisâtre, on continue les cataplasmes et les laxatifs. La présence de ce corps étranger m'a fait penser qu'il était la cause de l'inflammation qu'on observait, et que sa présence continuait à produire une excitation constante; il est probable qu'à la suite de l'inflammation qui s'est produite il y a un an, il s'est formé dans l'intérieur de l'œil cette espèce de kyste que nous observons aujourd'hui. J'ai donc conseillé au malade de se faire extraire le corps en question. Le malade ne voulant pas consentir à l'opération, j'ai dû lui conseiller des moyens palliatifs. Le 21, le malade vint me trouver. et cette fois il était disposé à se soumettre à une opération que j'ai pratiquée de la manière suivante : avec une aiguille de Scarpa, j'ai pénétré à travers la cornée dans la chambre antérieure, en piquant son côté externe au-dessus de son milieu, à une ligne en avant de son insertion avec la sclérotique. La partie convexe de l'aiguille étant tournée contre l'iris, afin de garantir cette membrane, j'ai pénétré dans le petit sac par son côté externe, et j'ai essayé de percer le kyste. Dans ce temps de l'opération, j'ai éprouvé beaucoup plus de résistance que je ne devais en attendre; cela fait, j'ai essayé par de légers mouvemens avec l'aiguille de couper les parois de ce sac. Le kyste étant divisé s'affaissa, et le liquide qu'il contenait remplit toute la chambre antérieure. Malgré le soin que j'ai mis pour ne point léser l'iris, il paraît que cette membrane a été touchée pendant l'opération. Une compresse fut placée devant l'œil et soutenue par un bandeau; dans la matinée, on appliqua des cataplasmes pour diminuer la douleur qui était très considérable, on employa ensuite tous les jours quelques frictions belladonées et des compresses imbibées de sulfate de zinc. Au bout d'une semaine après l'opération, l'œil était beaucoup mieux, la cornée était deve-

nue transparente, et il supportait très bien la lumière; une partie du champ de la pupille est presque complétement noire; l'autre portion se trouve occupée par une partie blanche probablement formée par les parois du kyste. Le malade voit beaucoup plus distinctement. L'iris se contracte et se dilate très bien.

(*Edinburgh monthly Jour. of med. sc.*, avril, n. 4, p. 270.)

Cette observation se trouve inscrite dans le journal auquel nous l'empruntons sous le titre de *Kyste de l'intérieur de l'œil*. Il est cependant facile de comprendre par la lecture attentive des phénomènes qui ont précédé le développement de ce kyste, qu'on avait affaire à l'accumulation d'une certaine quantité de liquide dans l'intérieur de la capsule cristalline; que cette poche, se trouvant ainsi distendue, a pu passer, à travers la pupille dans la chambre antérieure, comme cela est indiqué dans l'observation, et faire croire à la présence d'un kyste. Ce qui nous fait penser que les choses se sont passées ainsi, c'est que le kyste étant ponctionné, et le liquide qu'il contenait épanché dans la chambre antérieure, la vision s'est améliorée. Or, si réellement un kyste anormal s'était formé dans ces parties, les choses, assurément, ne se seraient point passées ainsi. Nous ajouterons que, dans ce cas, on rencontre tous les signes convenables pour croire qu'il existait coïncidemment une kératite diffuse, et peut-être même un iritis.

Tumeur érectile, par le professeur Syme.

Au moment de quitter l'hôpital, l'interne vint me prier de me rendre auprès d'un malade qui venait d'être admis dans mon service. Ce malade, selon lui, portait un ulcère à la jambe, ayant une grande tendance à saigner; au moment de lever le bandage, il avait été obligé d'appliquer le tourniquet, afin d'arrêter l'hémorrhagie. En arrivant dans la salle, je trouvai le malade dans son lit, ayant sa jambe baignée d'une grande quantité de sang.

On y remarquait, au côté externe et au-dessous du genou, une plaque

élevée et décolorée, ayant à-peu-près quatre pouces et demi de long sur trois de large, et commençant à-peu-près au niveau de la tête du péroné, et s'étendant vers la partie inférieure. Le sang paraissait provenir de deux petites ouvertures irrégulières et ulcérées qu'on remarquait au centre de la plaque en question. Je fis de suite appliquer sur cette tumeur quelques compresses soutenues à l'aide d'un bandage roulé, commençant à la racine des orteils; par le moyen de cette compression, l'hémorrhagie s'arrêta.

Le malade nous apprend que depuis long-temps il portait dans cet endroit une tache noirâtre, ayant à-peu-près le volume d'une pièce de vingt francs; que cette tumeur ne lui occasionait pas la moindre gêne. Il y a deux ans qu'elle s'ouvrit pour la première fois et laissa couler une assez grande quantité de sang; depuis lors, la tumeur augmenta et les hémorrhagies se répétèrent. Le malade se trouvant isolé, à cause de ses occupations (il était berger), ces hémorrhagies faillirent lui devenir funestes; il y a trois semaines que ce malade se trouva tellement affaibli par suite de ces écoulemens de sang, que ses amis voyant le danger qu'il courait, lui firent entreprendre un voyage assez long pour chercher remède à son mal.

La nature de cette maladie n'était pas douteuse; nous avions affaire à une tumeur fongueuse sanguine; mais il était assez difficile de s'arrêter à un mode de traitement convenable. Dans ce cas, l'étendue très grande de cette tumeur, sa position superficielle, rendaient l'emploi des ligatures difficile, par la raison qu'elle se trouvait appuyée sur une surface osseuse. De plus, la quantité de tissu affecté rendait l'extirpation de cette tumeur une opération difficile et dont les résultats seraient douteux. Dans cette occurrence, je me suis décidé à déterminer l'inflammation de son tissu, afin d'obtenir par ce moyen l'oblitération des différentes parties qui la composaient. Dans ce but, j'ai fendu toute la surface de la peau affectée, et, après avoir pratiqué plusieurs incisions, j'ai rempli le tout avec de la charpie, contenue à l'aide d'un bandage convenable. Pendant les six premiers jours, tout alla bien; mais dès le moment que le bandage roulé fut relâché, le sang coula avec beaucoup d'abondance; le malade s'affaiblissait extrêmement, et je ne voyais alors d'autre moyen de sauver sa vie que l'amputation du membre.

Le docteur Litte de Sligo me conseilla de pratiquer l'extirpation de la partie malade, appuyant cette opinion sur l'observation des cas semblables qu'il a vu traiter avec succès par ce moyen. En suivant donc cet avis, j'ai cerné la tumeur à l'aide de deux incisions elliptiques; je l'ai disséquée avec soin, et j'ai vu avec plaisir que les muscles et le périoste n'en faisaient pas partie.

Trois vaisseaux furent liés pendant l'opération ; de la charpie contenue par un bandage roulé fut appliquée, ainsi que le tourniquet. La guérison s'obtint sans difficulté ; le malade sortit de l'hôpital le 12 février, en très bon état.

(*Edinburgh monthly Journ. of med. sc.* n° 1, jan. p. 8.)

Abcès dans le bassin, par Thomas Wainwright, chirurgien de l'hôpital de Liverpool.

Mad. W..., âgée de 24 ans, accoucha le 8 février 1835 ; le travail marcha régulièrement. Quelques jours après elle devint très excitable « *très nerveuse*, » elle prit la nourrice en aversion. A la fin elle finit par ne pouvoir plus la supporter. Cette excitabilité, cet état nerveux diminua au bout de 6 semaines. A cette époque il se développa dans l'aine du côté droit une douleur qui s'étendit tout le long de la cuisse ; dans l'espace de six semaines, la cuisse se fléchit sur le bassin au point de former presque un angle droit. La malade était très constipée, elle avait des sueurs abondantes, et maigrissait à vue d'œil. On la transporta à Liverpool dans le courant du mois d'avril. La sensibilité dans l'aine était très grande, et la malade consentait à peine à ce qu'on l'examinât ; cependant on reconnaissait facilement l'existence d'une tumeur située entre l'aine et le pubis : les selles étaient blanches ; on lui administra des pilules bleues et de l'extrait de jusquiame, des lavemens apéritifs chaque matin ; de plus on lui faisait garder une diète sévère. Sous l'influence de ce traitement la douleur diminua, la cuisse se fléchit plus facilement et la tumeur resta à-peu-près dans le même état. Après avoir passé quelque temps à l'île de Man, la malade revint à Liverpool au mois de juin ; son état ne s'était pas amélioré : elle avait beaucoup maigri et avait des sueurs très abondantes. La tumeur avait augmenté de volume et se prolongeait alors vers la ligne médiane ; on pouvait la sentir dans ce point, où elle donnait la sensation d'une vessie distendue par du liquide. La malade se plaignait d'un sentiment de pression sur l'anus ; l'exploration de cette région démontra qu'il existait dans le bassin une espèce de tumeur : le lendemain, 30 juin, il s'écoula avec les urines une grande quantité de pus. La tumeur avait diminué de volume, et la malade se trouvait plus soulagée ; le pus continua à couler librement par le vagin pendant quinze jours, ce qui faisait penser que l'abcès ou tumeur, qu'on avait reconnu dans le bassin, s'était ouvert dans ce canal. Les mouvemens du membre commencèrent à se retablir, la santé de la malade s'améliora, et six semaines après les règles reparurent.

Medico-chir. Review, juillet 1841, p. 124.

Abcès de la fosse iliaque ouvert dans l'utérus.

Elen., âgée de 22 ans. Cette malade se trouve dans un état de maigreur très grande, elle porte à la région iliaque droite un gonflement douloureux à la pression; cette douleur s'étend vers la région lombaire, la cuisse est un peu fléchie, la malade a de plus un écoulement par le vagin d'un pus en apparence de bonne nature, mais d'une fétidité très grande. On s'est assuré à l'aide du spéculum que ce pus provient de la cavité de la matrice. Cette femme, à ce qu'il paraît, est accouchée il y a deux mois, le travail marcha naturellement, mais une partie du placenta resta dans l'utérus. Depuis son accouchement on avait remarqué un écoulement assez abondant par le vagin; des sangsues et des vésicatoires furent appliqués sur la région iliaque, des injections avec de l'eau chlorurée furent employées d'abord dans le vagin seulement, ensuite dans la cavité utérine. L'écoulement vaginal diminua un peu, mais on s'aperçut bientôt que la tumeur iliaque augmentait de volume, on remarqua que toutes les fois que l'écoulement vaginal devenait plus abondant, la douleur et la tumeur iliaque diminuaient; on cessa les injections, la malade s'affaiblit de plus en plus et mourut le 10 juillet. M. Long avait diagnostiqué un abcès de la fosse iliaque communiquant dans l'utérus.

Autopsie. — Une large collection purulente existait sous le péritoine et sous l'aponévrose du muscle iliaque; l'aponévrose de ce muscle était détruite et le muscle d'une couleur noirâtre; en haut le pus avait fusé tout le long du muscle psoas et avait mis à nu les deux dernières apophyses transverses lombaires. En bas ces fusées purulentes s'étaient frayé une route dans l'épaisseur des muscles de la cuisse, le pus contournait la capsule articulaire et pénétrait dans son intérieur; les cartilages, la membrane synoviale, et les ligamens étaient détruits; le pus avait ensuite contourné l'os iliaque, gagné la crête de cet os, et communiquait par là avec la collection contenue dans le bassin. Le périoste, détaché, et l'os baignent dans le pus.

En dedans le nerf crural, le muscle psoas et les vaisseaux sont complètement disséqués. Le pus passe par dessous ces parties dans une cavité formée d'un côté par le bassin et de l'autre par l'utérus. Cette cavité communiquait avec l'intérieur de la cavité utérine par une ouverture du calibre d'une plume de corbeau, située à trois quarts de pouce du museau de tanche; les nerfs n'étaient pas altérés, mais ils baignaient dans le pus, et offraient une

couleur noirâtre. L'artère et la veine iliaques sont réunies par une matière pultacée ; l'utérus, de volume naturel, offre une couleur bleuâtre; au fond de sa cavité, dans le point où le placenta avait adhéré, il y avait une fausse membrane; l'articulation sacro-iliaque droite était séparée, il n'y avait pas trace de suppuration ou d'inflammation.

(*Medico chir.*, *Review*, juillet 1841, pag.)

Séparation spontanée des membres du fœtus dans l'utérus.

M. Dixon a présenté à la Société pathologique de Dublin des pièces démontrant le mécanisme de la séparation des membres du fœtus pendant la grossesse. Ces observations, dues au docteur Montgomery, sont au nombre de dix-huit : dans toutes, on avait considéré l'absence des parties comme le résultat d'un arrêt de développement, ou, si l'on veut, d'une monstruosité par défaut, et non point comme un résultat accidentel dépendant d'une cause morbide ou d'une cause mécanique. M. Montgomery pense que ces amputations sont produites par des bandes de matière plastique, par des fausses membranes qui enveloppent ou étreignent les membres, ou encore par le cordon ombilical s'enroulant autour des différentes parties. Une des personnes chez lesquelles on observa ce fait avait eu un avortement au troisième mois. L'examen du fœtus montra que le cordon ombilical avait formé une espèce de lien autour de la cuisse, au-dessus du genou. Le membre, par suite de cet étranglement, était comme mâché, et la circulation ne se continuait que par le moyen des artères des muscles adducteurs.

(*Edinb. monthly J. of medical science*, p. 531.)

Si les observations sur lesquelles M. Montgomery s'appuie pour donner l'explication des vices de conformation par défaut (comme résultat d'une action mécanique ou morbide) venaient à se confirmer, ce serait un point d'une grande importance en pathologie. On comprend sans peine que la vérification d'un tel fait entraînerait de droit l'étude ou l'examen des causes morbides ou des influences morales et mécaniques qui agissent sur la mère et, par contre, sur le fœtus. De cette étude résulterait l'application de différens moyens thérapeutiques ou autres, dans le but de les prévenir ou de

les arrêter. Jusqu'ici, les tératologistes, partant du principe de l'école de Schelling, représentée, pour la physiologie, par M. Oken, considéraient ces faits comme dépendans d'un vice de conformation par arrêt de développement. Cette théorie, brillante et satisfaisante pour beaucoup de points, laissait à désirer dans bien d'autres; et déjà des pathologistes distingués, au nombre desquels se trouve le professeur Dubreuil, de Montpellier, ont cru pouvoir considérer ces anomalies, non pas comme des arrêts de développement, mais bien comme dépendans d'une maladie du fœtus. On doit convenir que, dans beaucoup de cas, l'étude bien faite de ces vices de conformation nous laisse la conviction que souvent une maladie du fœtus a dû être la cause des vices de conformation qu'on observe.

Hydrocéphale chronique, ponction de la tête; par le docteur JOHN COLDSTREAM, de Leith.

On vint me consulter pour un enfant du sexe féminin qui, depuis sa naissance, poussait par accès des cris violens, ce qui alarmait beaucoup sa mère. Il ne m'a pas été possible de comprendre d'abord de quelle cause ces cris pouvaient provenir. Une semaine après, on observa que le volume de la tête de l'enfant augmentait beaucoup. Pendant un mois, on eut recours à l'emploi du calomel et à une pression graduelle sur cette partie. Son volume continua cependant à augmenter; l'espace formé par les fontanelles s'élargit beaucoup; enfin, la tête acquit à-peu-près 16 pouces 1/2 de circonférence. Les cris de l'enfant continuaient plus fort que jamais, mais sans être accompagnés de convulsions : il était évident que la tête contenait dans son intérieur une assez grande quantité de liquide.

Au commencement du mois d'août sa circonférence augmenta d'un pouce et demi dans cinq jours. Les cris par accès continuaient toujours. Le docteur Combe, de Leith, fut appelé en consultation : nous convînmes de pratiquer une ponction par le procédé indiqué par le docteur Conquest. Le 18 août, cette opération fut pratiquée; il s'écoula 10 onces d'un liquide jaunâtre, dont le poids spécifique était de 1,011.

Pendant l'opération, la tête était comprimée à l'aide de bandelettes agglutinatives, et on eut soin de faire suivre à la compression l'affaissement des parois de l'organe. Le trocart fut plongé à la profondeur d'un pouce, et il ne s'écoula que quelques gouttes de sang avec le liquide. Les cris de l'enfant cessèrent presque aussitôt, il paraissait très soulagé. Pendant quelques jours cette amélioration se soutint, et les parens étaient enchantés de ce résultat.

Dans l'espace de huit jours qui suivit la ponction, il était évident que le liquide augmentait de nouveau, ce qui rendait l'enfant plus malade.

Le 19, la circonférence de la tête ayant atteint encore 16 pouces, on pratiqua une seconde opération, et on retira 12 onces de liquide beaucoup plus trouble que le premier et cougulable par la chaleur. Les cris de la malade cessèrent, mais dans la journée elle eut trois accès de convulsions. Le 21, les convulsions se répètent, la malade ne voit pas, l'iris est cependant contractile.

Le 28, quelques convulsions eurent lieu; depuis le 21 elles se répètent deux ou trois fois toutes les 24 heures.

Depuis lors jusqu'au 8 septembre, la jeune malade n'eut pas de convulsions; mais les cris continuèrent et le volume de la tête commença de nouveau à augmenter. On fit une troisième ponction qui donna issue à 5 onces de liquide semblable au premier. Le 14 septembre, pas de convulsion. Depuis la dernière ponction, la jeune malade dort bien et crie beaucoup moins pendant qu'elle est éveillée.

Pendant la journée, la petite malade est beaucoup plus chagrine; elle crie toujours; peu de développement de la tête, constipation et langue chargée, calomel et laxatifs; les accès réparaissent et la tête commence de nouveau à augmenter de volume. Le 2 octobre on pratique une autre ponction, il s'écoule 8 onces de liquide. On observe la même amélioration que dans les opérations précédentes.

Oct. 17. Dans les cinq derniers jours le volume de la tête a beaucoup augmenté, les cris continuent; on répète encore la ponction, et cette fois on retire 13 onces de liquide bien limpide.

29. Depuis la dernière opération et dans le but d'obtenir la diminution de l'œdème des pieds et des mains, et de procurer une dérivation, nous eûmes recours aux diurétiques (acétate de potasse, éther nitrique, etc.); la tête augmente peu-à-peu. La malade va assez bien. Les nuits dernières on avait administré des préparations opiacées pour calmer la malade.

Nov. 1. Après une nuit assez agitée, elle eut des convulsions; dans la matinée, elle rejeta par la bouche une assez grande quantité d'un fluide clair. La tête diminua de volume, cependant dans la journée la petite malade était abattue et ne voulut plus prendre le sein.

3. Les convulsions continuent, la tête augmente, les diurétiques produisent peu d'effet.

19. La petite malade est très faible; convulsions qui durent beaucoup plus long-temps. Mort le 21 novembre.

Autopsie. On trouve dans l'intérieur des ventricules du cerveau 29 onces d'un liquide jaunâtre. La cavité des hémisphères est tellement distendue qu'elle occupe la plus grande partie du crâne. Le cerveau et le cervelet pèsent 15 onces 1/2 ; les parois des ventricules à leur partie supérieure offrent l'épaisseur de 1 franc, les parois des ventricules se trouvent tapissées d'une fausse membrane. Il existe un tubercule dans le nerf optique. Le cervelet est dans son état normal. L'origine des nerfs est intacte; l'olfactif seul est ramolli.

(*Edinburgh Monthly Journal*, n. 4, avril, p. 255.)

Abcès dans l'épaisseur du muscle psoas et iliaque,

par James Dawson, de Liverpool.

X. âgé de 36 ans, d'une constitution robuste, après un exercice assez fort, et pendant qu'il transpirait, se trouva exposé, durant assez long-temps, à un vent froid. En arrivant chez lui il fut pris de quelques frissons et de malaise. Le 23 juillet, je fus appelé en consultation avec le professeur Trail. Voici son état: le malade se plaint de quelque raideur dans le flanc droit, d'une difficulté à étendre le membre du même côté, et d'une légère sensibilité à un pouce en dedans et un peu en arrière de la crête iliaque; de plus, il existe une légère élévation dans la fosse iliaque, près des attaches des muscles psoas et iliaque. Dans ce point il y avait une douleur qui se faisait sentir au moindre contact. L'application de sangsues et l'emploi des laxatifs n'arrêtèrent pas les progrès du mal et eurent pour seul résultat d'affaiblir le malade. Afin de lui rendre la position dans le lit, plus commode, on le plaça de façon à ce qu'il y eût le tronc élevé, et les membres pliés et soutenus par des coussins; on administra des lavemens et des laxatifs. On examinait tous les jours les évacuations pour voir si du pus ne s'échappait pas par cette voie, quoique cependant rien ne nous portât à penser que le cœcum fût malade, et qu'il dût donner issue à la matière accumulée dans la fosse iliaque.

Au douzième jour, les progrès de la tumeur ont continué à un tel point qu'elle atteignait le niveau de la crête iliaque correspondante. Nous désirions pouvoir y reconnaître de la fluctuation, nous avions quelques raisons de penser d'après les symptômes généraux qu'on observait, que du pus devait y exister en collection.

Au seizième jour, la fluctuation fut bien reconnue, nous procédâmes alors à l'ouverture de la tumeur; un bistouri étroit fut plongé obliquement de bas en haut, au niveau et un peu en dedans de la crête iliaque, dirigé ensuite en arrière, de façon à former une ouverture valvulaire; du pus épais d'une bonne couleur, mélangé de grumeaux, mais d'une odeur fœtide, s'échappa par l'ouverture; on laissa le liquide s'écouler sans presser nullement sur les parois de la tumeur, de façon à ce que le contenu en fût expulsé par l'affaissement et par la contractilité de ses parois; on pansa légèrement et on eut soin d'empêcher que la moindre pression n'agît sur l'abdomen.

Après l'ouverture de l'abcès, le malade pouvait étendre beaucoup plus facilement le membre; pendant les premiers jours, il y eut un peu de fièvre et des sueurs très abondantes. Le pouls est intermittent, le malade continua à aller bien, et au bout de six semaines on lui permit de sortir pour prendre l'air. Cet état dura pendant près de deux ans et demi; pendant ce temps il s'est formé des fistules dans plusieurs endroits: une se trouvait placée au bas de la crête iliaque, ce qui nous fit croire que l'os des îles était resté carié; une autre existait au côté interne, au-dessous du ligament de Poupart. Il s'était formé un trajet par lequel s'écoulaient des matières sécrétées dans le bassin; les glandes de l'aine étaient aussi ulcérées. Notre malade se décida, se trouvant dans un état aussi malheureux, à aller à Londres, où il fut examiné par quelques praticiens, sans aucun résultat favorable. Il revint chez lui, et il n'y eût pas le moindre changement dans sa position jusqu'au mois de décembre 1832; alors tous les symptômes d'une inflammation du foie se développèrent, et le malade mourut le 11 mars 1833.

Autopsie le 12 mars 1833. Les tégumens de la région malade sont violacés et œdémateux; adhérence du foie aux fausses côtes; en séparant ce viscère, on tombe dans une cavité remplie de pus, contenant une chopine de liquide; la substance du foie avait été détruite par la suppuration; la surface convexe était adhérente au diaphragme.

Le rein droit, placé un peu plus bas, avait le double de son volume ordinaire.

Le cœcum était adhérent à la fosse iliaque par des adhérences presque cartilagineuses; son appendice était collé contre l'intestin, et sa cavité com-

muniquait avec un abcès situé entre les muscles et le péritoine. L'ouverture fistuleuse de l'aine communiquait avec le muscle psoas, et avec un autre clapier, situé entre le muscle iliaque et l'os des îles. Les fibres du muscle étaient converties en une substance cartilagineuse jaunâtre. L'os iliaque, dénudé dans une assez grande étendue, n'était pas perforé, de sorte que cette communication, qui existait entre le dehors et le dedans, devait se faire par dessus la crête iliaque.

(*Edinburgh Med. and Surg. Journ.*, juillet, 1841, p. 182.)

Excroissances cornées sur les paupières; par M. Ammon.

Le professeur Stromeyer, de Erlangen, m'a envoyé le dessin d'une production cornée de la peau, accompagné de la description suivante. Cette corne existe depuis dix semaines, et continue à augmenter de volume. Il y a près de six semaines que cette production cornée du nez est sur le point de tomber.

Cette masse cornée n'est pas sécrétée par des follicules; elle semble formée par une sécrétion de la peau de la région où elle se trouve implantée. Cette production morbide ne causait aucune gêne à la malade, elle l'empêchait seulement de fermer complètement la paupière. Cette excroissance a été observée chez une femme âgée de 71 ans.

Le D[r] Ammon ajoute qu'il a observé deux fois des excroissances semblables sur la peau des paupières. La première fois c'était sur un bonnetier, âgé de quarante ans, bien constitué, et portant sur la peau de la paupière supérieure droite une corne de la largeur de trois lignes, placée près du bord libre de cette paupière. Cette production, que le malade croyait être une simple verrue, a continué à croître et s'est un peu recourbé en dehors. Comme le malade s'était heurté contre quelque chose qui lui avait déterminé un peu de douleur dans ce point, il eut recours à moi pour lui enlever cette excroissance. Je l'ai séparée complètement à l'aide de ciseaux, en ayant soin d'enlever la peau sur laquelle elle était implantée. La plaie résultant de cette petite opération saigna beaucoup; je l'ai touché avec du nitrate d'argent, et dix jours après elle était complètement guérie. L'examen de la pièce me montra que la corne était formée d'une production dure, comme cartilagineuse et composée de lamelles superposées les unes sur les autres. Sur le point de la peau qui donnait naissance à ces productions, on rencontrait quelque chose ressemblant à des glandes hypertrophiées.

Dans le second cas, c'était sur une femme âgée de 80 ans, sur le corps de laquelle s'étaient développées des verrues, détruites par des topi-

ques qu'elle y appliquait; enfin, d'une de ces verrues, placée sur la paupière supérieure gauche, s'est élevée une espèce d'excroissance cornée, du volume de quatre lignes, plus mince au sommet. Cet endroit s'ulcérait et saignait souvent, toutes les fois qu'on la grattait. J'ai enlevé cette tumeur à l'aide de ciseaux.

Ce sont les seuls exemples, à ma connaissance, de cornes cutanées développées sur les paupières.

(Ammon, *Journal de Médecine*, Juillet 1840.)
(*British and foreign medical Review*, Juillet 1841, p. 248.)

Des excroissances cornées de la peau ont été observées dans presque toutes les régions du corps. Leur volume, leur forme ont occupé quelques pathologistes : George Franck, dansun ouvrage intitulé : *Tract.physiol. med. de cornutis*, Etmuller, dans sa *Chirurgie*, Duverney, etc., en ont indiqué une foule d'exemples plus ou moins curieux. Un point qu'aucun de ces auteurs n'a cherché à déterminer, c'est de connaître quelle est l'altération de la peau qui peut donner lieu à ces productions. Rivière, en 1737, avait déjà observé une corne de la joue, dont la chute fut suivie d'un cancer. Dans le journal de Vandermond, on rencontre un exemple à-peu-près de même nature.

M. Ammon, en enlevant ces productions, a été obligé d'emporter avec elles la portion de peau qui les supportait. Or, si l'on se rappelle que toute sécrétion de matière semblable donne lieu à un développement très considérable des vaisseaux qui alimentent le derme, on doit comprendre que, supposé que la cause première de ces productions ne dépende pas d'un vice ou principe cancéreux, la dégénérescence puisse facilement se faire. De là, découlerait le principe d'enlever le derme, en amputant toute production cornée développée dans un point quelconque de la peau, afin de prévenir les altérations cancéreuses qui peuvent en être la suite.

J. GIRALDÈS.

VARIÉTÉS.

Concours de Strasbourg.

Les résultats de ce concours sont connus depuis long-temps. MM. Sédillot et Rigaud ont été nommés. La nomination de M. Sédillot était prévue, et ratifiée d'avance par le public. Une seule chose a dû étonner, c'est qu'elle n'ait pas été faite à l'unanimité. Il y a des jeux de scrutin bien inconcevables. Du reste, une seule voix a manqué à l'habile chirurgien du Val-de-Grâce, et c'a été, de l'aveu même du juge dissident, une de ces voix perdues, dites de consolation. C'est M. Desprez qui s'est trouvé être le candidat consolé.

Nouvelle organisation du corps militaire de santé.

Les divers ministères de la guerre, depuis dix ans, se sont occupés, avec un soin spécial, de l'organisation du corps des officiers de santés militaires. Les dernières mesures prises dans ce but par M. le maréchal duc de Dalmatie, ont fait le sujet des réflexions suivantes, fort judicieuses, insérées dans la *Gazette des Hôpitaux* du 12 août.

« ....Les sous-aides, qui n'avaient que 1200 fr., en ont près de 1600 en province, et plus de 2000 à Paris. Quel est le jeune homme de vingt ans — car on peut être sous-aide à cet âge — qui gagne 2000 ? Ne parlons pas ici des exceptions ; parlons de ce qui est général. Quelle est l'administration publique, quel est le ministère, qui offre autant d'avantages aux personnes qui commencent leur carrière ? Combien de temps un commis reste-t-il à 1200 fr. d'appointemens ? Combien lui faut-il d'années avant d'avoir les 2,000 fr. du sous-aide ? Et quelle différence entre l'existence de l'un et celle de l'autre !

« La position de l'aide-major s'est également améliorée; elle est d'autant plus avantageuse, comparativement, qu'en général l'aide-major n'a pas un état de maison, et que ses besoins ne sont pas différens de ceux du sous-aide. L'aide-major à maintenant 3,000 à Paris et 2,000 fr. en province ; 3,000 fr. à Paris, tout le monde sait ce que cela vaut. Ce n'est pas grand'chose ; mais c'est suffisant. 2,000 fr., en province, c'est une fortune.

« Enfin, la position des chirurgiens-majors et des grades plus élevés a subi une amélioration proportionnelle.

« Une ordonnnance récente est venue témoigner encore hautement de la bienveillance du gouvernement pour le corps militaire de santé ; c'est celle qui constitue deux classes d'aides-majors et deux classes de chirurgiens-majors. Jusqu'ici les chirurgiens-majors des corps avaient été payés comme capitaines de première classe de l'arme dans laquelle ils servaient ; la nouvelle mesure change cette disposition, et élève le traitement des chirurgiens-majors de première classe, de telle sorte qu'il se rapproche beaucoup plus de celui des chefs d'escadron que de celui des capitaines de première classe.

« Jusqu'ici les inspecteurs, membre du conseil de santé, n'avaient été inspecteurs que nominalement ; désormais ils inspecteront. C'est encore une heureuse et radicale innovation que nous devons à l'administration actuelle de la guerre. Nous nous plaisons à le répéter : jamais administration n'a recherché le bien avec plus de zèle et plus de sollicitude.

« Il y avait une question que cette administration si éclairée ne semblait pas avoir examinée, et, en effet, cette question, au premier abord, semble frivole ; elle a son importance cependant : c'est celle de l'uniforme. Pour notre compte, soit orgueil, soit indifférence, elle nous toucherait très peu. Mais, enfin, il y a, parmi ces messieurs, beaucoup de jeunes gens, et les jeunes gens, qu'il importe d'attirer à soi, aiment les dorures, parce qu'instinctivement ils savent que la considération y est en partie attachée. Ils se disent avec grande raison qu'un général et un intendant ne seraient pas l'un brodé d'or, l'autre brodé d'argent sur tout leur habit, si cet éclat n'avait pour résultat de commander un sentiment de respect. Il y a long-temps qu'on l'a dit : un juge ne serait plus un juge sans sa robe. Voyez les médecins eux-mêmes, dans la vie civile : ne les reconnaissez-vous pas à leur classique cravate blanche, et à leur vêtement noir ?

« Pour le médecin, qu'il soit civil ou militaire, la première condition est d'inspirer de la confiance ; or, la confiance ne va pas sans la considération, et la considération dépend un peu de l'habit. Cette question donc ne semblait pas avoir fixé l'attention du gouvernement, qui vient de s'en occuper. L'uniforme des officiers de santé a été modifié de la manière la plus gracieuse par l'addition de deux pattes brodées en or, attachées sur les épaules, et dont l'une, la gauche, sert à retenir la giberne, qui est aussi très élégante.

« Mais la mesure la plus importante, la plus favorable au développement du corps, la plus radicale, est celle qui fait le sujet de la dernière ordonnance royale relativement aux élèves. Cette mesure signale une ère nouvelle : dès

à présent, il n'y a plus à craindre que nos hôpitaux d'instruction manquent d'élèves. D'une part, les parens des élèves et les élèves eux-mêmes auront en perspective une carrière honorable, honorée; pour leur âge mûr, une place de chirurgien-major sédentaire dans une ville, où il ne leur sera pas difficile, avec de l'instruction et de la dignité, de cumuler la clientelle civile et le service de leur hôpital. De l'autre, bien des familles qui n'étaient pas à même de suffire à trois années d'étude d'un jeune homme, le pourront désormais avec l'aide du gouvernement, qui vient de décider que les élèves seront rétribués, ou du moins qu'ils recevront une gratification, fixée à 400 fr. par an pour les hôpitaux d'instruction, et à 600 fr. pour l'hôpital de perfectionnement. Les familles pauvres auront peu de chose à ajouter à cette gratification, car il est évident que l'on peut vivre en province avec 800 francs, et à Paris avec 1200. Nous voudrions être sûr d'arriver aussi haut dans la science que certaines personnes qui ont vécu, étudié et grandi à Paris avec es seuls 600 francs que le gouvernement alloue à ses chirurgiens élèves de l'hôpital de perfectionnement.

« Voilà, selon nous, une belle et grande façon d'interpréter l'égalité constitutionnelle, et voilà du nivellement bien entendu. Les fortunes sont diverses: les unes permettent des sacrifices que les autres ne permettent pas. Hé bien! s'est dit l'administration, je vais mettre les unes au niveau des autres, autant que possible du moins; et l'ordonnance a été rendue. Ces choses-là passent inaperçues, et cependant elles mériteraient d'être remarquées, car elles honorent un gouvernement.

« La durée de l'éducation des chirurgiens militaires est fixée à trois ans: deux ans dans les hôpitaux de province et un an dans celui de perfectionnement. Mais cette durée peut être réduite de deux ans, selon le nombre d'examens que l'élève a déjà passés devant une Faculté; de telle sorte qu'un élève peut entrer directement au Val-de-Grâce, et en sortir sous-aide au bout d'un an.

« Ajoutons, pour comble d'avantages, que le gouvernement se charge des frais du doctorat, hormis les droits de présence aux professeurs, ce qui réduit la dépense de plus des deux tiers. Toutefois, par une juste restriction, si l'officier de santé qui a participé à cette faveur veut quitter la chirurgie militaire avant d'y avoir servi 15 ans, il est tenu de rembourser au ministère de la guerre la somme que ce dernier a versée au ministère de l'instruction publique pour son doctorat.

« L'élève nommé sous-aide est envoyé dans un hôpital de province ou à

l'armée, d'où il revient toujours à Paris passer, dans son grade, une année à l'hôpital de perfectionnement, et subir à la fin de cette année un examen à la suite duquel sera prononcée son aptitude à remplir les fonctions d'aide-major. Aide-major, il est envoyé dans un régiment où son service est doux, où il fait lui-même sa considération, qui n'a pas de limites, et où sa vie est aisée. Il peut, selon ses goûts, concourir pour les places de médecin-adjoint ou pour celles de pharmacien aide-major, emplois qui n'offrent pas les chances de déplacement attachées nécessairement à celui d'aide-major dans un régiment. Prochainement nous examinerons plusieurs autres questions qui se rattachent à la vie des officiers de santé militaires, particulièrement celle du travail.

» Voilà, comme on pourrait dire, un petit feuilleton de ménage. Nous sommes descendus à ces menus détails de chiffres dans l'intention d'être utiles aux familles, en leur indiquant les abords d'une carrière honorable, dans ce moment où toutes les avenues sont encombrées.

» Il importe de faire remarquer que, par suite de ces dispositions nouvelles au sujet des élèves, il n'y aura plus de concours pour la nomination de sous-aides auxiliaires. »

Belle conduite d'un Chirurgien militaire.

Nous tenons à reproduire un fait très honorable pour les officiers de santé militaires. Des faits semblables ne sont pas rares en Afrique. Il n'y a pas eu, dans ces pays, d'expédition un peu importante à la suite de laquelle le rapport du Commandant en chef n'ait désigné à l'attention du pays et à la bienveillance du Roi, un ou plusieurs officiers de santé militaires. Leur dévoûment et leur courage sont connus ; aussi l'estime et l'affection de l'armée leur sont acquises. Leur part d'action peut se mesurer par les pertes qu'ils ont éprouvées; leurs rangs n'ont été que trop éclaircis par le choléra et les fièvres, sans compter le feu de l'ennemi : à l'affaire de la Macta, sur onze officiers tués, il y eut trois aides-majors. Dernièrement, c'était M. Thynus, fils du général de ce nom, que le général en chef citait pour avoir été frappé de deux coups de feu, pendant qu'il pansait, sur le champ de bataille, des blessés de son régiment. Aujourd'hui ; c'est M. Ancelin, sous-aide-major, que M. de Lamoricière, qui se connaît assurément en bravoure, mentionne comme s'étant fait admirer de toute l'armée par son dévouement et son courage !

Souscription pour le Monument funèbre à élever au professeur Sanson.

La *Gazette médicale*, répondant au vœu émis par M. Bégin, a déjà annoncé qu'une souscription était ouverte pour l'achat du terrain dans lequel repose le professeur Sanson, auprès de son illustre maître, et pour l'érection d'un modeste monument destiné à retracer le souvenir d'un homme qui fut distingué par l'esprit et noble par le cœur. Nous ne doutons pas que les médecins et les élèves ne s'associent à la pensée pieuse du chirurgien en chef du Val-de-Grâce. Après une vie de labeur opiniâtre et d'espérances long-temps déçues, le professeur Sanson est mort avant qu'il eût pu recueillir les fruits de son travail et de sa persévérance. Dans un tel état de choses, une souscription n'est plus un simple témoignage d'estime, elle devient un devoir. Nous nous sommes inscrits les premiers sur la liste de souscription ouverte au bureau du journal, chez M. J.-B. Baillière.

BIBLIOGRAPHIE.

De la ténotomie sous-cutanée, *ou des Opérations qui se pratiquent pour la guérison des pieds-bots, du torticolis, de la contracture de la main et des doigts, des fausses ankyloses angulaires du genou, du strabisme, de la myopie, du bégaiement, etc.*, par le Dr Ch. Phillips, accompagné de 12 planches. Paris. J.-B. Baillière.

Nous avons déjà fait un emprunt au livre de M. Phillips. Le lecteur a dû s'apercevoir que, dans notre dernier numéro, plusieurs passages avaient été typographiquement intervertis. Ainsi, dans un endroit, nous parlons du strabisme, et la citation est relative au bégaiement. Nous ne doutons pas que le lecteur n'est rétabli ces passages dans leur ordre logique. Ce qui suit a de l'importance parce qu'on y voit la statistique des opérations de strabisme d'après la pratique de l'un des chirurgiens qui ont le plus opéré de strabiques.

« Total : cent personnes opérées; quelques-unes l'ont été des deux yeux; ce qui donne :

13 strabismes divergens,
69 ont été redressés immédiatement,
24 n'ont pas été redressés aussitôt après l'opération,
10 ont été incomplètement redressés.

Pour résultat définitif, nous trouvons :

75 bien redressés,
16 incomplètement redressés,
5 nullement redressés,
5 dirigés en dehors.

Dans le nombre de treize strabismes divergens, un a été opéré des deux yeux, et un autre a été opéré deux fois sans succès.

Comme résultat immédiat des strabismes divergens, nous trouvons :

10 non redressés immédiatement,
3 incomplètement redressés,
3 nullement redressés.

Et comme résultat définitif, on compte :

9 redressés consécutivement,
1 nullement redressé,
et les autres le sont incomplètement.

Trois fois, j'ai coupé trois muscles; un de ces malades a été opéré des deux yeux. Tous ont eu les yeux redressés, mais ils ont conservé une exophthalmie et la chute de la paupière inférieure.

Ainsi donc on peut établir les chiffres suivans, pour préciser autant que possible la valeur de cette opération. Les trois quarts des sujets opérés guérissent parfaitement bien. Il y a un vingtième d'insuccès, c'est-à-dire de non-redressement; un vingtième où les yeux sont dirigés dans une position opposée au strabisme que l'on a voulu guérir; et enfin, on compte un quinzième de demi-succès, c'est-à-dire de redressemens incomplets.

Existe-t-il des strabismes qui ne puissent pas être redressés? Jusqu'à ce jour, je n'en ai pas vu. Mais faut-il toujours tenter ce redressement? Je n'hésite pas à répondre que non.

.... Il reste à étudier la partie la plus importante de la question, c'est-à-dire celle qui consiste à préciser les cas qui ne doivent pas être opérés. »

Ce qui suit est relatif à la question du bégaiement.

« M. Amussat divise cette opération en deux parties qu'il nomme *temps;* il recommande de *méditer profondément* le premier temps, qui consiste à couper *le filet*. Alors on fait parler le malade; s'il n'y a pas d'amélioration dans la parole, M. Amussat coupe la partie supérieure des glandes sublinguales. On engage l'opéré à parler encore; si les spectateurs ne sont pas satisfaits, M. Amusat coupe les muscles génio-glosses. La résection des glandes sublinguales et la division de cette opération en deux temps, sont deux choses qui

appartiennent à M. Amussat. Jusqu'à ce jour on a peu compris la portée de cette résection des glandes, aussi M. Amussat donne le conseil aux chirurgiens de la *méditer profondément*.

La section des génio-glosses à leur attache à la mâchoire réussit rarement d'une manière complète. Elle expose les malades à de grands dangers; nous avons vu qu'un opéré de M. Amussat était mort des suites de cette myotomie.

L'excision d'un morceau triangulaire de la pointe de la langue a peu d'action sur le bégaiement. La méthode par la ligature est un peu plus satisfaisante.

Et la section des piliers du voile du palais comme elle a été faite par M. Velpeau n'a produit aucune amélioration. Quant aux modifications de M. Amussat, il y a ceci de remarquable; c'est que par son premier procédé il a obtenu et publié des succès étonnans (*Gaz. des Hôpit.*); il a imaginé un second procédé qui a encore donné des résultats étonnans, enfin il a imaginé un troisième procédé qui a donné des résultats toujours étonnans! M. Baudens n'a jusqu'à présent trouvé qu'un procédé aux résultats étonnans. M. Amussat est donc beaucoup plus étonnant que M. Baudens.

Quelques opérateurs ont bien encore modifié ces procédés: ils coupent un millimètre au-dessus ou au-dessous du point sur lequel M. Velpeau et moi agissons; ils se servent de ciseaux lorsque d'autres emploient le bistouri, et alors dans l'histoire de l'opération on trouve le procédé de M. Baudens, etc., etc.

Maintenant faut-il ajouter foi à ces succès *si nombreux* rapportés par les journaux de médecine de la capitale? Nous pensons que les opérateurs se sont abusés sur leurs résultats, et que les succès qu'ils ont proclamés si haut ne sont que quelques légères modifications dans la parole, produites immédiatement par l'opération. Ces modifications pour la plupart, cessent à mesure que la cicatrisation de la plaie se fait; il est arrivé qu'un bègue bégayait plus fortement après l'entière guérison de la plaie qu'avant d'avoir été opéré. »

Après toutes ces citations, nous craindrions de fatiguer le lecteur, si comme nous le voulions, nous analysions complètement le livre de M. Phillips. Ce livre, nous l'avons dit, et son titre l'annonce, traite non-seulement de la ténotomie oculaire et linguale, mais de la ténotomie appliquée à toutes les parties du corps. De la part de M. Phillips, on devait s'attendre à quelque chose de plus complet. Tel qu'il est, cependant, son ouvrage se recommande aux praticiens.

FIN DU TOME SECOND.

TABLE DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE DU TOME SECOND.